This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

REVUE MÉDICALE

REVUE MÉDICALE

PUBLIÉE PAR

E. HUBERT ET G. VERRIEST

PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

SIXIÈME ANNÉE

LOUVAIN
TYPOGRAPHIE DE CHARLES PEETERS
RUE DE NAMUR, 22

1887

REVUE MÉDICALE

La tumeur est-elle fluctuante? Je n'oserais ni l'affirmer, ni le nier. Elle est située trop profondément et je ne puis la fixer suffisamment contre la voûte orbitaire pendant la manipulation qu'exige cette recherche.

Je pose donc simplement un premier diagnostic : tumeur de l'orbite, adhérente à la paroi supérieure de cette cavité, sans davantage préciser sa nature. Si la douleur à la pression me fait penser à une tuméfaction inflammatoire, la surface bosselée me fait incliner vers une tumeur proprement dite.

Je n'ai pas l'habitude d'interroger mes malades, avant d'avoir procédé à un examen objectif semblable à celui que je viens d'exposer. Il me semble, que, nullement influencé par les renseignements — souvent erronés — du patient, on pose d'une façon plus indépendante ce premier diagnostic; — diagnostic provisoire qui ressort des impressions matérielles du médecin et des premières idées qu'elles lui suggèrent. Rien n'empêche, après avoir interrogé et entendu le malade, de compléter ce diagnostic provisoire, de le corriger au besoin ou même de le remplacer par un autre. C'est à mon avis, dans les cas où cela peut se faire — et pour les ophtalmies, il en est toujours ainsi — le meilleur moyen d'exercer ses facultés investigatrices, en leur donnant constamment pour seuls guides : l'anatomie et la physiologie tant normales que pathologiques.

Après ce premier diagnostic provisoire, j'interroge le malade et je l'engage à me raconter son histoire, à me dire quand et comment son mal a commencé, comment encore il a progressé et quels sont les incidents qui ont marqué son évolution.

Dans le cas présent je demande à Mme L. depuis quand elle a ressenti, soit de la douleur dans l'orbite, soit de la gêne dans les mouvements de cet œil, soit enfin de la diplopie. Elle me dit qu'elle ne peut pas répondre avec précision à ces questions, qu'elle voit double depuis quelques semaines, que cette vue double lui est apparue subitement un matin. Elle se rappelle cependant avoir ressenti, auparavant, quelque gêne dans l'œil droit avant l'apparition de la diplopie, mais elle ne peut préciser, ne s'en étant pas autrement inquiétée alors ; du reste, elle n'a jamais ressenti aucune douleur dans cet œil ; un jour en frottant l'œil, qui lui troublait si désa-

gréablement la vision, elle avait ressenti une tuméfaction insolite : cette découverte l'avait mise dans la plus grande inquiétude.

Pour le monde, tumeur est synonyme de cancer. C'était le moment de consulter le médecin, s'était-elle dit, et elle avait aussitôt demandé aide et conseil. Les manipulations auxquelles la tumeur fut soumise pendant ces consultations avaient toujours amené une certaine sensibilité pendant le jour qui suivait, — peut être pendant deux, elle ne savait pas au juste, — mais après, la région redevenait indolore comme auparavant. Je dois reconnaître cependant, ajoute-t-elle, que, dans ces derniers temps — est-ce spontanément ou encore par suite des examens fréquents auxquels j'ai été soumise — j'ai éprouvé quelques douleurs lancinantes traversant le fond de l'orbite. Avec les élancements est survenue une lourdeur dans le front, sensation qui certainement n'existait pas auparavant. Cette lourdeur semble même augmenter de jour en jour et après quelque tracas de ménage ou autre inquiétude, cette lourdeur s'exalte jusqu'à devenir une vraie céphalalgie frontale. Les nuits cependant sont demeurées excellentes et le matin, au réveil, si l'esprit n'est pas toujours frais et dispos, elle ne peut cependant pas dire qu'elle se sent ou indisposée ou malade. Aucune maladie actuelle ni passée ne peut aider à éclairer la situation.

La santé générale a faibli quelque peu, la patiente sait bien qu'elle a pâli et maigri, mais son teint d'aujourd'hui n'est pas plus mauvais qu'il y a longtemps. Dans sa famille les tumeurs cancéreuses ou autres sont inconnues.

Le symptôme douleur réveillé et accentué par chaque examen parle en faveur de la tuméfaction inflammatoire, mais le reste de l'histoire ne peut servir à spécifier davantage le diagnostic. La ponction exploratrice est refusée.

L'apparition de quelques vagues symptômes cérébraux poussent à une intervention immédiate. J'engage donc la personne à se soumettre promptement à l'opération.

Elle demande à réfléchir et à essayer un dernier remède médical : à tout hasard je lui donne les frictions mercurielles belladonées.

Fort heureusement pour elle, Mme L. ne perdit pas beaucoup de temps à faire ces frictions. Elle me revint le 11 février parfaitement décidée à se soumettre à l'opération. Je la fis entrer dans mon service

ophtalmique et l'opération suivante fut pratiquée le lendemain sous anesthésie chloroformique.

Après les premiers préparatifs que commande l'antisepsie, lavage et nettoyage de la région opératoire, je fis au bistouri une incision parallèle au rebord orbitaire, allant de l'angle interne de l'orbite jusque près de l'angle externe. Cette incision ne comprenait que la peau et les tissus immédiatement sousjacents jusque sur le ligament palpébral. Après avoir fendu, à son tour, ce ligament, la tumeur se reporta manifestement en avant et des lobules de graisse volumineux vinrent occuper l'entrebaillement des lèvres de cette membrane fibreuse. A ce moment j'essayai encore de sentir la fluctuation et je pus parfaitement me convaincre que la tumeur était effectivement remplie d'un liquide. Enlevant alors avec des ciseaux les lobules de graisse qui cachaient la tumeur, je mis à nu une poche fibreuse distendue, parfaitement arrondie et lisse. C'étaient ces paquets de graisse, comprimés entre cette poche rénitente et le ligament palpébral, qui m'avaient fait croire à des bosselures irrégulières de la tumeur.

Incisant alors largement la poche, je vis s'en écouler du pus en si grande quantité qu'il était évident que l'abcès devait avoir des dimensions bien plus grandes que je ne l'avais cru d'abord à la simple palpation de la tumeur. Je ne pouvais incontinent me renseigner sur la largeur de l'abcès et sur la profondeur à laquelle cette poche purulente s'engageait dans l'orbite. Il fallait d'abord nettoyer cette cavité et rendre aseptique tous les liquides dont l'élimination souffrirait difficulté. C'est ce que je fis par des injections abondantes d'une solution phéniquée. Quand le liquide injecté revint enfin aussi clair qu'au moment de sortir de la canule à injection, j'introduisis un stylet mousse dans la cavité et je pus me convaincre qu'effectivement l'abcès froid s'étendait en largeur et en profondeur presque dans toute l'étendue de la voûte orbitaire. Cette voûte orbitaire dénudée de son périoste donnait au contact de l'instrument métallique, sur une large surface, la sensation bien comme de l'os carié.

Pour qui se rappelle la grande minceur de la portion orbitaire du frontal, surtout dans la moitié postérieure de la fosse orbitaire, il ne peut paraître surprenant que quelques symptômes cérébraux fussent

venus à la fin s'ajouter aux symptômes obscurs de la tumeur orbitaire.

L'opération étant achevée et la cavité parfaitement nettoyée, je procédai au pansement. Le pus ne pouvait tarder à se reproduire. Pour qu'il ne stagnât point, pour qu'il ne pût se décomposer et offrir à l'absorption les produits délétères de sa décomposition, il fallait assurer sa sortie hors de la cavité, au fur et à mesure de sa production. Je crus qu'à cette fin un drain aseptique plongeant dans l'intérieur de la cavité, et des compresses absorbantes de gaze iodoformée à la surface, pourraient me suffire, mais au pansement du lendemain une injection antiseptique faite par le drain, me démontra à l'évidence que tout le pus ne sortait point de cette cavité déclive et anfractueuse.

Dès lors abandonnant le drain, je remplis le reste de la cavité avec des bandes de gaze iodoformée. A l'aide de ce pansement, je pus mener la cavité suppurante jusqu'à complète guérison, sans le moindre symptôme de résorption septique.

L'opération avait été faite le 13 ; le 25, la malade quittait mon service pour rentrer dans sa famille. Il ne restait plus qu'une petite fistule peu profonde, dont le pansement fut confié au médecin de la famille.

La guérison avait marché si rapidement, qu'il m'était resté quelque inquiétude sur la disparition radicale du foyer de suppuration. Mais deux mois après, quand je revis la malade, je pus m'assurer que mes craintes avaient été vaines et que le résultat opératoire était parfait. L'œil était rentré dans son rang et toute diplopie avait disparu.

Dr E. VENNEMAN.

LE STAPHYLOCOCCUS PYOGENES (1).

Le staphylococcus pyogenes est, dans le monde des infiniment petits, un des micro-organismes dont l'action pathologique est des mieux établies et des plus prépondérantes.

(1) Nous ouvrons par cet exposé sur le staphylococcus pyogenes, une série d'articles ayant pour but de mettre les lecteurs de la *Revue* au courant des découvertes bactériologiques qui peuvent les intéresser le plus.

Ce microbe appartient au groupe des coccus, c'est-à-dire qu'il se présente sous la forme sphérique. A un grossissement de 400 diamètres, il apparaît comme un simple point, son diamètre n'atteint pas un millième de millimètre, et il faudrait aligner une dizaine d'individus de son espèce pour arriver au diamètre d'un globule rouge ou d'un petit globule blanc du sang.

Le staphylococcus se présente souvent en petits amas offrant une certaine ressemblance avec une grappe de raisins. C'est pour ce motif qu'il a reçu le nom de staphylococcus (coccus en grappe), en opposition avec les coccus qui s'arrangent en séries linéaires, en chapelet comme l'on dit, et qui ont été baptisés du nom de streptococcus.

Comme beaucoup de coccus offrent le même arrangement en grappe, une appellation spécifique a été nécessaire, et l'on a choisi le mot *pyogenes*, destiné à rappeler une de ses propriétés, la plus importante au point de vue médical, celle de produire du pus.

Plus tard, quand on a appris à distinguer trois variétés de staphylococcus pyogenes, une orange, une blanche, et une jaune, cette nomenclature est devenue insuffisante, et il a fallu créer trois catégories nouvelles, le st. p. aureus, le st. p. albus. et le st. p. citreus.

Au point de vue pathogénique ces variétés s'équivalent.

Le staphylococcus se multiplie comme ses congénères par scissiparité. Il subit d'abord un léger allongement, puis, on voit apparaître entre ses deux pôles un étranglement circulaire qui devient de plus en plus accusé. A un certain stade de la division, l'individu présente la forme d'un 8 de chiffre ou d'un point double, aspect commun du reste à tous les coccus en division. L'étranglement devenant de plus en plus profond, les deux moitiés finissent par se séparer complètement et deviennent des individus libres, susceptibles de fournir de nouvelles divisions. Cette multiplication s'opère déjà avec une grande rapidité à la température de la chambre. Une chaleur de 38° l'accélère considérablement.

Le staphylococcus se cultive avec une grande facilité sur la gélatine peptonisée, l'agar peptonisé, le sérum, la pomme de terre, le pain, le lait, etc. Ses cultures les plus caractéristiques sont peut-être celles qu'on obtient dans la gélatine. Au niveau de la piqûre d'inoculation on voit se développer une strie opaque qui devient de plus en plus large, et

qui liquéfie la gélatine à distance. Celle-ci finit par être fluidifiée dans toute sa masse. Entretemps la colonie reste blanche ou évolue franchement vers la couleur orange ou la couleur jaune, d'après la variété à laquelle elle appartient. Quand la gélatine est liquéfiée dans toute sa profondeur, le staphylococcus se retrouve au fond du tube sous forme de flocons.

C'est von Beckers qui le premier donna, en 1883, une bonne description du st. p. Ses observations portèrent sur l'ostéomyélite aigue. Depuis lors, cet organisme a été retrouvé dans une foule d'affections de nature purulente ou septicémique.

Krause (1884) le rencontra dans les 9 cas d'ostéomyélite aigue et dans les 3 cas de furoncles qu'il examina à ce point de vue.

Rosenbach le trouva

dans 23 abcès	12	fois.
» 2 cas de furoncles	2	»
» 5 cas d'empyèmes	3	»
» 1 cas de perinéphrite	1	»
» 1 cas d'abcès du petit bassin	1	»
» 1 cas d'arthrite purulente	1	»
» 1 cas de plaie pénétrante du genou	1	»
» 1 cas d'inflamm. purul. d'une fracture	1	»
» 2 cas de septicémie	1	»
» 6 cas de pyémie	3	»

Les cultures fournissaient tantôt le staphylococcus aureus, tantôt le staphylococcus albus, tantôt les deux à la fois.

Dans les cas où le staphylococcus manquait, l'ensemencement indiquait un autre microbe pyogène, généralement le streptococcus pyogenes. Dans plusieurs cas Rosenbach obtint à la fois le staphylococcus et le streptococcus.

Dans 33 pus d'origine diverse, Passet constata 19 fois la présence du même organisme, savoir :

11 fois le st. aur. et le st. alb. ensemble.
4 » l'albus seul.
2 » l'albus avec le citreus.
2 » le staph. aur. avec le streptococcus pyogenes.

Soit 19 fois.

Les recherches de Garré, qui ont porté sur 79 pus, fournissent les chiffres suivants :

Le staphylococcus fut trouvé dans :

11 abcès.
14 phlegmons.
31 panaris.
19 furoncles.

En somme 75 fois sur 79 cas.

Le pus renfermait tantôt une des variétés du staphylococcus, tantôt deux comme dans les recherches de Passet.

Hoffa constata le même organisme dans :

7 panaris	7	fois.
10 phlegmons du bras	6	»
8 phlegmons des membres inf.	6	»
13 bubons axillaires	13	»
22 bubons inguinaux	22	»
2 bubons consécutifs à la blennorrhagie	2	»
10 inflammations des bourses séreuses	6	»
9 furoncles	9	»
5 ostéomyélites aigues	5	»
3 mammites	2	»
3 empyèmes	3	»
3 cas d'arthrite purulente	2	»
4 abcès chauds du tronc	4	»
1 abcès de la tête	1	»
1 abcès de la glande thyroïde	1	»
1 abcès périnéphrétique	1	»
1 cas d'arthrite blennorrhagique	1	»

De même qu'Ogston, Rosenbach et Socin, Hoffa ne réussit pas à obtenir le staphylococcus du pus des abcès froids ; ceux-ci du reste, quand ils ont donné lieu à un développement, ont toujours fourni le bacille de la tuberculose.

Les affections précédentes appartiennent toutes au domaine de la chirurgie ; dans la pathologie interne le rôle du staphylococcus semble être moins important. On sait pourtant déjà que bon nombre d'endocardites ulcéreuses doivent être mises sur son compte, et il est

probable que les inflammations purulentes variées qui surviennent comme complications dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc., doivent être également rapportées à lui. Il est également l'auteur des abcès métastatiques dans certaines pyémies.

La part qui lui revient dans les affections puerpérales, à en juger d'après les travaux d'Escherich, est considérable. On peut affirmer dès à présent qu'il est la cause de la grande majorité des affections consécutives aux couches, à partir de la fièvre de lait, considérée autrefois comme un phénomène physiologique, jusqu'aux septicémies qui ne pardonnent pas.

Quand on recueille, avec les précautions antiseptiques voulues, le lait d'une femme dont les couches se passent sans fièvre et qu'on, l'expose dans une couveuse à la température du corps, on n'y constate, même après des semaines, aucune trace de développement. Quand, au contraire, la femme présente de la fièvre, le lait se caille après quelques jours et il fourmille de staphylococcus

Escherich a trouvé cet organisme sous une de ses variétés, ou sous plusieurs à la fois :

dans 2 cas de fièvre de lait sur 2,
» 4 » d'endométrite sur 4,
» 2 » de paramétrite sur 2,
» 1 » de septicémie sur 1,
» 1 » de vaginite diphtéritique sur 1.

Cette infection du lait est le résultat du passage dans le sang de quelques-uns des staphylococcus qui pullulent dans les organes génitaux et qui ont été entraînés dans la circulation. Escherich a prouvé qu'elle n'est aucunement l'effet de la fièvre. En effet, il a recueilli de la même manière le lait de femmes en couches, fébricitantes pour des causes tout autres (tuberculose, otite, syphilis), et il a trouvé que leur lait demeure aussi stérile que celui de femmes en parfaite santé.

Avant de clore les énumérations précédentes, mentionnons encore que le staphylococcus joue également un rôle dans les maladies oculaires. Widmark l'a constaté dans la dacryocystite simple, dans la dacryocystite phlegmoneuse, dans la kératite suppurative, dans le pus de l'hypopion et dans la blépharadénite.

L'invasion de l'organisme par le staphylococcus pyogenes est donc un phénomène très fréquent; on l'observe dans la grande majorité des affections purulentes, et on peut affirmer sans crainte que sa fréquence ne fera qu'augmenter au fur et à mesure que les recherches s'étendront. Mais ce microbe est-il la cause de la maladie, ou seulement son effet?

On peut répondre sans la moindre hésitation qu'il en est bien réellement le facteur, et aucunement une conséquence, un épiphénomène, car il remplit toutes les exigences requises pour pouvoir être considéré comme le principe déterminant d'une maladie.

En effet 1° on le rencontre d'une façon constante dans un certain groupe d'affections morbides.

2° Il s'y présente en nombre suffisant pour qu'on soit autorisé à rapporter à lui les troubles observés.

3° Ensemencé successivement d'un milieu de culture dans un autre pendant un certain nombre de générations, il est apte à reproduire la maladie primitive.

4° On observe dans la maladie inoculée les mêmes organismes.

Il est inutile de revenir sur la première proposition; elle est suffisamment établie par les tableaux précédents.

La deuxième peut être vérifiée avec une facilité égale. Il suffit d'examiner au microscope une goutte de pus convenablement traitée pour découvrir tout de suite de la grande quantité d'organismes qu'il renferme, pourvu toutefois que cet examen se fasse dans le stade aigu de la maladie ou peu de temps après. Plus tard, le nombre de microbes va en diminuant de plus en plus, si bien qu'on peut être dans la nécessité de recourir aux cultures pour déceler leur présence.

L'importance de la troisième proposition n'échappera à personne. Il ne suffit pas, pour démontrer l'action pyogène du staphylococcus, de provoquer des inflammations par l'inoculation du pus comme tel, mais il faut au préalable isoler les organismes à l'état de pureté, c'est à dire, sans mélange de globules de pus et dépouillés de toute trace de sérosité.

Cette épuration s'obtient par la culture. Voici, par exemple, comment on peut procéder. Une trace de pus est portée avec toutes les précautions antiseptiques voulues dans un tube à gélatine peptonisée.

Quand, par le développement de la colonie, celle-ci est liquéfiée dans toute sa masse, on prend une trace de la culture et on ensemence un second tube; puis avec celui-ci et de la même manière, un troisième; et ainsi de suite. On peut pousser ainsi jusqu'à la dixième, la vingtième, la trentième génération, et plus loin encore. Après la première génération, les globules de pus sont devenus introuvables; ce n'est donc pas à eux qu'on pourra attribuer l'action pathogène des générations suivantes. On ne pourrait plus l'attribuer qu'à un principe dissous dans le pus, mais un moment de réflexion suffit pour démontrer l'inanité de cette supposition.

En effet admettons que la quantité de pus inoculée dans le premier tube ait été de 1 milligramme, et la masse de gélatine de 5 grammes. Après la liquéfaction, le pus se trouvera dilué au 1/5000. En supposant qu'on prenne 1 milligramme de la culture, ce qui est déjà beaucoup, pour inoculer un second tube de même teneur, la dilution sera de 1/2500000, dans le troisième tube de 1/125000000000. Il nous serait facile de continuer ce calcul pour les générations suivantes, jusqu'à la dixième, la vingtième, la trentième génération, etc..., et de démontrer que le pus a subi par suite de ces transports une dilution inconnue même aux homœopathes. Contentons-nous simplement de faire remarquer que le milligramme de pus, qui a servi de point de départ aux cultures, ne peut renfermer le poison qu'à un état de dilution déjà avancé, puisque sa presque totalité est constituée de principes inoffensifs connus : eau, albumines, sels, etc... Les chiffres que nous venons de donner sont donc encore beaucoup trop forts pour représenter le poison supposé. Or comment admettre que ce poison, dilué à l'extrême, dilué à l'extinction pour ainsi dire, produise encore les mêmes effets qu'à un état infiniment plus concentré. Toute la chimie s'élève contre une thèse pareille. Il faut donc bien admettre que l'action pyogène des cultures de staphylococcus est due aux organismes qui s'y développent.

On a reproduit, par l'inoculation de cet organisme aux animaux, une foule d'affections identiques à celles qu'il provoque chez l'homme. Introduit dans le tissu cellulaire, le staphylococcus détermine des abcès; injecté dans le péritoine, il donne lieu à la péritonite; inoculé dans la cornée, il est le point de départ de kératite suppura-

tive, etc... Injecté directement dans le sang, il tue par septicémie ou par pyémie. Dans ce dernier cas, on a constaté plusieurs fois des abcès dans les reins et les muscles, et de l'endocardite. Cette dernière lésion s'obtient plus régulièrement quand, au préalable, on déchire les valvules du cœur au moyen d'une sonde. Enfin, en combinant l'injection intravasculaire avec une fracture, on donne lieu au niveau de cette dernière à une ostéomyélite. Ces derniers faits montrent que les tissus lésés constituent un terrain particulièrement favorable pour le staphylococcus.

Cet organisme a eu également l'honneur d'avoir été inoculé à l'homme lui-même. Ces inoculations ont été faites par Garré sur lui même. Rapportons l'expérience la plus décisive.

Elle a été faite avec une 3me génération cultivée sur l'agar peptonisé (1). Le staphylococcus ne liquéfie pas ce terrain de culture, mais il se développe à sa surface sous forme d'une pellicule qu'il est facile d'enlever par le grattage. Après s'être lavé l'avant-bras avec de l'eau stérilisée, Garré se frotta dans la région des supinateurs avec la petite masse de microorganismes, comme s'il se fut agi d'une pommade. Il est à noter que cette région ne présentait ni érosion, ni pustule, ni altération quelconque. Six heures après, la région devint le siège d'une sensation de brûlure qui s'accentua de plus en plus. En même temps, la peau devint chaude et rouge, et il se développa à la racine des poils des petites pustules de la grandeur d'une tête d'épingle. Le lendemain, elles étaient volumineuses comme des lentilles, la douleur était devenue lancinante et s'étendait à tout l'avant-bras ; la peau était le siège d'un exsudat et présentait plus de vingt grandes pustules, entourée chacune d'un cercle inflammatoire. Le mal s'aggrava de plus en plus, il se déclara de la fièvre, et le 4e jour toute la région des supinateurs ne formait plus qu'un énorme furoncle entouré d'une couronne de furoncles plus petits. Le 6e jour, les phénomènes inflammatoires s'amendèrent, et il se forma plus de vingt ouvertures par lesquelles s'éliminèrent le pus et les bourbillons caractéristiques du furoncle. Le pus renfermait le staphylococcus. La cicatrisation ne fut complète qu'après trois semaines; et dix-sept cicatrices, dit l'auteur, sont là pour rendre témoignage du succès de l'inoculation.

(1) L'agar est une algue qui permet de faire des plaques de culture, ne se fondant pas à la température du corps humain.

Pour qu'on ne pût pas attribuer l'effet à l'agar, Garré se frotta en même temps l'autre avant-bras avec cette substance stérilisée. Aucune réaction ne se déclara de ce côté.

La fréquence des affections où l'on trouve le staphylococcus semble indiquer que cet organisme est assez répandu. Divers bactériologues se sont mis à sa recherche, dans l'air, l'eau, le sol, etc., mais, jusqu'à présent, Passet est le seul dont les efforts aient été couronnés de quelque succès. Il est parvenu à déceler une fois la variété aureus dans de l'eau qui avait servi à nettoyer, et une fois la variété albus dans un morceau de viande qui commençait à pourrir.

Quant à la manière dont cet agent pénètre dans l'organisme, il n'est pas douteux que c'est généralement par une solution de continuité dans l'épithéléon protecteur. La nature des accidents qu'il provoque l'indique suffisamment. Cet envahissement s'opère tantôt par une plaie physiologique (femmes en couches), tantôt par une blessure accidentelle (panaris), tantôt par une ulcération due à un travail pathologique (plaques de Peyer et décubitus dans la fièvre typhoïde, érosions pharyngées dans la scarlatine, cavernes pulmonaires dans la tuberculose, etc....) Avant l'introduction de la chirurgie antiseptique, la plaie faite par l'opérateur constituait fréquemment une large porte d'entrée pour le staphylococeus.

Comme nous venons de le dire, le staphylococcus s'insinue fréquemment dans l'économie à la faveur d'une érosion due à un travail morbide, et y produit une infection secondaire venant se greffer sur l'infection primitive. De ce fait découle l'indication de tenir aussi parfaitement à l'abri des organismes que faire se peut, non-seulement les plaies dues à des instruments, mais aussi celles qui sont produites par un travail pathologique quelconque. Le médecin pourra éviter ainsi bien des complications fâcheuses.

Avant de finir, disons un mot de l'action de l'iodoforme sur le staphylococcus pyogenes. D'après beaucoup de chirurgiens, cet agent agirait sur les plaies par ses propriétés antiseptiques. Heyn et Rovsing viennent de démontrer que son action doit s'expliquer tout autrement. En effet cet organisme pousse vigoureusement sur de la gélatine renfermant 2 % d'iodoforme et dans du sérum additionné de son poids de cette substance. Il se développe également avec rapidité

sous une couche d'iodoforme de 2 millimètres d'épaisseur, et conserve sa vitalité après être resté mêlé avec ce produit pendant un mois. Heyn et Rovsing ajoutèrent à une culture de staphylococcus de la poudre d'iodoforme, et 10 jours plus tard ils injectèrent le tout dans une articulation du genou d'un lapin. L'opération fut suivie d'une arthrite purulente et, dans le pus, ils purent constater le staphylococcus. Ce composé n'a par conséquent pas plus d'influence sur le staphylococcus pyogenes à l'intérieur de l'organisme que dans les cultures.

Le meilleur désinfectant de cet organisme, est le sublimé corrosif. Il agit au 1/80000. Le thymol vient en second lieu. Il tue au 1/10000.

J. DENYS.

ANTIFÉBRINE ET ANTIPYRINE.

L'antifébrine est un nouvel agent thérapeutique, obtenu par la combinaison de l'acide acétique avec l'aniline : d'où le nom sous lequel on le désigne également d'*acétanilide* : sa formule est $C_6A_zA_{z_2}H - C_2H_3O$, c'est à dire qu'elle dérive de l'aniline, $C_6H_5Az_2H_2$ dont un atome d'hydrogène est remplacé par le radical acétyle C_2H_3O.

L'antifébrine se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, inodore, d'une saveur très légèrement âcre, très peu soluble dans l'eau froide : 1 partie sur 200 à peu près, plus soluble dans l'eau chaude : 1 partie sur 25, très soluble dans l'alcool et dans l'éther.

Cahn et Hepp, deux assistants de la clinique du professeur Kussmaul à Strasbourg, ont reconnu les premiers des propriétés antipyrétiques incontestables à l'acétanilide et lui ont donné pour cette raison le nom d'antifébrine. Depuis, ces propriétés ont été reconnues par un grand nombre d'expérimentateurs.

Müller (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1r nov. 1886) fait remarquer que, jusqu'à présent, tous les antipyrétiques appartenaient à la série du phénol, comme l'acide phénique, l'hydrochinone, la résorcine, l'acide salicylique, ou bien à celle de la quinoline, comme la kairine, l'antipyrine, la thalline, la quinine.

L'antifébrine forme une série à part ; on s'est demandé si ses propriétés ne relevaient pas de l'aniline seule.

Cahn et Hepp ont employé l'antifébrine dans diverses affections fébriles, le typhus abdominal, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la phtisie pulmonaire, etc.

L'action dépressive sur la température n'a jamais fait défaut; d'après Krieger (*Gazette médic. de Strasb.*, 1887, n° 1), cette action se manifeste de la manière la plus énergique et la plus durable dans le typhus abdominal et la fièvre intermittente.

Cahn et Hepp avaient dit que l'antifébrine était trois à quatre fois plus active que l'antipyrine; mais d'après Krieger, il faudrait 40 centigrammes d'antifébrine pour correspondre à un gramme d'antipyrine.

En tous cas, les doses d'antifébrine à administrer en une fois à un adulte doivent être en moyenne de 50 centigrammes et on les répète au besoin sans le moindre inconvénient trois à quatre fois dans la journée.

Dans un but d'expérimentation, Lépine (*Semaine médicale*, 24 nov. 1886) a donné jusqu'à 4 grammes d'antifébrine quotidiennement pendant plusieurs jours, et n'a observé que des symptômes de cyanose de la face et des extrémités. De fortes doses seulement ont produit sur des animaux des phénomènes graves de collapsus, et, d'après les résultats obtenus, la dose mortelle chez l'homme serait de 60 grammes d'antifébrine.

Le médicament ne paraît donc pas dangereux à manier.

Quoi qu'il en soit, quand on administre une dose de 50 centigrammes ou même de 25 centigrammes d'antifébrine à un fébricitant, la température commence à baisser au bout d'une heure; généralement, l'abaissement atteint son maximum après 3 heures et persiste de 3 à 10 heures en moyenne. Cet abaissement peut être très considérable, 2°, 3° et jusqu'à 5° et la température est souvent ramenée à la normale.

Chez les phtisiques, une seule dose peut maintenir l'apyrexie pendant 24 heures.

En même temps que l'abaissement de la température, on a noté constamment la diminution de la fréquence du pouls, de 120 à 90; de 96 à 80; et une augmentation de la tension artérielle. Les malades accusent d'ordinaire un véritable bien-être : plusieurs se sont endormis après l'administration du remède.

Les symptômes fâcheux manquent presque toujours : l'appétit se réveille plutôt et l'antifébrine ne provoque ni vomissements, ni nausées, ni diarrhées : pendant les premières heures, il se produit d'ordinaire une fluxion cutanée plus ou moins considérable avec congestion de la face, puis des sueurs abondantes, mais rarement profuses; plus tard un peu de cyanose de la face, une sensation d'abattement et de faiblesse, mais jamais des signes de collapsus.

Comparativement à l'antipyrine, l'antifébrine aurait, d'après Müller, l'avantage de ne pas amener des vomissements et des transpirations

abondantes, inconvénients qui seraient assez fréquents avec l'antipyrine. Au contraire, Secrétan (*Revue médicale de la Suisse-Romande*, 1887, n° 1) donne la préférence à cet égard à l'antipyrine. Au point de vue de l'exanthème, l'antipyrine a certainement le désavantage. Ce qui est certain, c'est que l'antifébrine est plus facile à administrer, car les doses doivent être moins considérables, et d'un emploi moins coûteux. L'antifébrine ne coûte plus actuellement qu'un centime et demi le gramme (15 francs le kilogramme), l'antipyrine coûte 12 centimes et demi et il en faut une quantité au moins deux fois plus forte.

L'antifébrine peut donc rivaliser avec l'antipyrine, le seul des antipyrétiques artificiellement produits par la chimie qui était resté dans la pratique, après l'abandon de la kairine et de la thalline : tous les deux ont une action prompte et durable sur la température, et ne provoquent pas sur l'économie des phénomènes accessoires désagréables ou fâcheux.

Mais, non seulement ces médicaments nouveaux sont des antipyrétiques sur lesquels on peut compter, mais ils exercent une influence favorable sur la marche de certaines maladies fébriles, spécialement sur le rhumatisme articulaire aigu. Ainsi que le professeur Masius l'a signalé à son tour dans une communication à l'Académie de médecine de Belgique, l'antipyrine est un véritable succédané du salicylate de soude : elle exerce non pas seulement sur la fièvre, mais sur la douleur et le gonflement articulaires une action spécifique ; nous avons constaté nous-même plusieurs fois déjà cette influence.

A cause des phénomènes désagréables qui accompagnent souvent l'emploi du salicylate de soude, tels que les vertiges, les bourdonnements d'oreille et les troubles mentaux, l'antipyrine mérite même la préférence dans la plupart des cas ; elle est certainement moins dangereuse à manier, par exemple, lorsqu'il existe des phénomènes cérébraux ou cardiaques, des symptômes de collapsus ou une maladie des reins.

Il faut ajouter cependant que le salicylate possède en général une action plus sûre que l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu et qu'il y a des cas qui résistent à celle-ci et qui cèdent au salicylate.

De même que pour l'antipyrine, mais en général à un moindre degré, plusieurs expérimentateurs ont constaté l'influence favorable de l'antifébrine sur l'évolution du rhumatisme articulaire aigu.

Mais ce n'est pas tout encore : l'antipyrine et l'antifébrine sont utiles dans un certain nombre d'affections nerveuses, comme d'ailleurs aussi le salicylate.

Lépine a montré que le système nerveux est influencé manifeste-

ment chez les animaux par l'antifébrine : il survient du tremblement chez les chiens, de la parésie du train postérieur; les troncs nerveux périphériques deviennent moins excitables, les réflexes sont diminués.

Quoi qu'il en soit, l'antifébrine jouirait d'une action spéciale sur l'axe cérébro-spinal. On sait, dit Lépine, que les douleurs fulgurantes des ataxiques font le désespoir des malades et des médecins. Jusqu'ici, je les ai toujours vu se calmer comme par enchantement par une ou deux doses de 50 centigrammes d'acétanilide. C'est au bout d'une demi-heure que les malades se trouvent soulagés sans éprouver d'ailleurs aucun phénomène concomitant. Il est vrai que l'antipyrine a la même action, mais à haute dose, ce qui produit un sentiment d'ivresse désagréable aux malades ou bien des douleurs gastriques. Dans un cas de sclérose en plaques, Lépine a vu également l'acétanilide diminuer le tremblement et augmenter la force du sujet. Pour lui, l'antifébrine serait un *nervin* de la plus haute utilité.

Charcot et Dujardin-Beaumetz ont confirmé l'efficacité de l'antifébrine contre les douleurs des ataxiques.

Dans les névralgies faciales ou autres, on a constaté aussi de divers côtés l'utilité de l'antifébrine comme de l'antipyrine.

Tout récemment, l'antipyrine a encore été recommandée à la dose d'un gramme comme un médicament à peu près souverain contre les céphalalgies dues à diverses causes : dyspepsie, menstruation, insomnie, fatigue cérébrale. Un effet sédatif, suivi le plus souvent de sommeil, serait ainsi obtenu une demi-heure en moyenne après l'administration du remède.

Enfin l'antifébrine, comme l'antipyrine, comme d'ailleurs presque tous les agents antipyrétiques, serait douée de propriétés antiseptiques et Krieger a été jusqu'à la proposer dans le traitement des plaies.

Quant au mode d'administration, l'antifébrine est très facile à prendre en poudres, car elle n'a aucun mauvais goût : on peut aussi la renfermer dans des hosties ou dans des pilules.

Elle ne peut s'administrer convenablement en simple solution aqueuse, mais bien dans l'eau additionnée d'alcool : ainsi, dans le vin, elle s'administre avec beaucoup d'avantage.

La dose moyenne est de 25 centigrammes pour les enfants, de 50 centigrammes pour les adultes, administrés en une fois : on ne perdra pas de vue que de petites doses répétées n'agissent pas aussi énergiquement qu'une dose plus forte administrée en une fois et qu'elles font ainsi souvent manquer le but.

La dose quotidienne peut s'élever à 2 grammes sans inconvénient.

En résumé, l'antifébrine paraît devoir rester dans la pratique au même titre que l'antipyrine. L. D.

—

INJECTIONS DANS LE GOITRE.

Un travail récent du dr Duguet, analysé dans le *Progrès Médical*, 1887, n° 1, est de nature à rendre de la faveur au traitement du goître par les injections de teinture d'iode, proposé en 1863 déjà par Luton.

Sur 37 cas soumis à cette pratique, l'auteur a obtenu 24 guérisons, 7 améliorations et 6 résultats inconnus : tous les goîtres récents, qu'ils fussent *charnus* ou *kystiques*, ont guéri radicalement après un petit nombre d'injections; mais les goîtres anciens n'ont été le plus souvent qu'améliorés, amoindris, durcis et rétractés.

Il a fallu en moyenne 8 injections 1/2 pour un goître charnu récent, 1 injection 1/2 pour un goître kystique; dans les observations, il y avait 28 goîtres charnus et 6 goîtres kystiques.

Le manuel opératoire est simple : le liquide injecté est la teinture d'iode pure du codex; on se sert d'une seringue de Pravaz ordinaire ou mieux, pour éviter l'action destructive de l'iode sur l'acier, d'une seringue en caoutchouc durci. Quant aux aiguilles, dans le but de les préserver de la rouille, l'auteur les lave, après chaque injection, dans une solution légèrement ammoniacale, puis les conserve dans de l'huile simple ou phéniquée.

Avant de pratiquer l'injection, on choisira la partie de la tumeur la plus centrale, la plus charnue et la plus résistante au doigt, et on évitera de piquer les grosses veines de la surface. On enfoncera d'abord l'aiguille seule *lentement* à deux ou trois centimètres de profondeur; s'il s'écoule du sang, on retire l'aiguille pour l'enfoncer dans un autre point; s'il s'écoule de la sérosité ou un liquide roussâtre, on l'aspire dans une seringue, avant de pratiquer l'injection. Celle-ci est poussée doucement et, les premières fois, on n'injecte que la moitié ou les trois quarts de la seringue, afin de tâter la susceptibilité du sujet.

L'injection terminée et l'aiguille retirée, on maintient quelque temps le doigt sur la piqûre pour éviter l'écoulement de sang ou de teinture : aucun pansement n'est nécessaire.

Après l'injection, parfois il ne survient aucune réaction, mais ordinairement il se produit de la tension, de la chaleur, du gonflement, de la douleur localisée ou irradiée dans les régions voisines, une sorte d'état fébrile passager.

Les injections sont répétées, après que tous les phénomènes de réaction ont disparu, c'est à dire, en moyenne après un intervalle de huit jours.

A notre avis, c'est à la teinture d'iode qu'on s'adressera de préférence, quand on voudra pratiquer des injections dans le corps thyroïde:

le médicament possède en effet à un haut degré la propriété de provoquer l'hyperplasie cellulaire, suivie de rétraction cicatricielle, qui est le mécanisme de la guérison des tumeurs par les injections parenchymateuses.

Il y a quelque temps, le Dr Bauwens, d'Alost, dans un travail adressé à l'Académie de médecine, a préconisé les injections d'ergotine dans le goître. Mais, après avoir compulsé les observations qu'il a rapportées à l'appui de sa thèse, il nous a paru que l'ergotine n'avait pas été favorable grâce à son action spéciale sur les vaisseaux, mais plutôt grâce à ses propriétés irritantes, ou plutôt encore *grâce à l'intervention des microbes injectés en même temps dans les tissus.* Dans la plupart des cas, en effet, la tumeur ne disparut qu'à la suite d'inflammation vive ou de suppuration. Or, chercher à guérir une tumeur du corps thyroïde en y provoquant une inflammation phlegmoneuse ou suppurative, c'est assurément un moyen dangereux.

Dans le *Progrès médical* du 15 janv. 1887, nous trouvons à ce sujet une observation intéressante; un goître peu volumineux fut ponctionné avec l'aspirateur Potain dans le service du prof. Lefort : il ne sortit que quelques gouttes d'un liquide séreux. Huit jours après, le malade fut pris de fièvre et tous les signes d'une inflammation phlegmoneuse se déclarèrent dans la tumeur. Après l'incision de l'abcès putride qui survint quelques jours plus tard, des hémorragies abondantes se montrèrent, et il fallut en venir à la ligature de la carotide primitive. Le patient mourut vingt minutes après la ligature, et, à l'autopsie, on trouva une large ulcération de la carotide et de la veine jugulaire interne, occasionnée par la fonte purulente de la tumeur.

Nous avons aussi eu connaissance d'un cas où un médecin, après avoir mis en usage les injections d'ergotine suivant le procédé du Dr Bauwens, vit survenir un phlegmon du corps thyroïde qui mit pendant plusieurs jours la vie de la patiente en danger. L'abcès s'ouvrit heureusement au dehors et la tumeur fut guérie mais nous nous demandons si le médecin tiendrait à renouveler l'expérience.

Quant à nous, nous avons essayé les injections d'ergotine dans le goître, en prenant des précautions pour éviter l'introduction simultanée de microbes dans la tumeur, et nous n'avons obtenu aucun résultat ; ce qui nous fait penser que l'ergotine ne possède aucune utilité spéciale pour favoriser la résolution des tumeurs du corps thyroïde.

Au même titre que la teinture d'iode, les solutions phéniquées à 2 ou à 5 % pourront être mises en usage, car elles provoquent également, grâce à leurs propriétés irritantes, la prolifération abondante des cellules du tissu conjonctif, lorsqu'on les injecte dans les tissus.

Les solutions de sublimé, au contraire, ne jouissent pas de cette

propriété, et partant, elles ne conviennent pas pour les injections parenchymateuses en général. Mais, qu'on se serve de teinture d'iode ou de solutions phéniquées, il importe avant tout que l'injection soit pratiquée dans les meilleures conditions d'asepsie.

On s'assurera donc de la propreté de la seringue, et même on fera flamber la canule avant l'injection ; puis pour éviter que la canule ne se souille en traversant la peau, on la lavera soigneusement sur la surface de la tumeur au moyen d'eau chaude et de savon. Enfin, on veillera à la propreté du flacon qui contient le liquide à injecter.

Grâce à ces précautions on évitera l'introduction dans la profondeur de la tumeur au moyen de l'injection de microbes pathogènes dont le développement ultérieur exposerait à des mécomptes ou même, comme dans l'observation citée plus haut, à des accidents mortels.

Dr L. DANDOIS.

—

LE DRAIN-ASPIRATEUR.

Le procédé ordinaire servant à drainer les abcès et les cavités suppurantes présente certains dangers incontestables, que M. le docteur M. Subbotin, professeur à Charkow, résume comme suit, dans le numéro du 5 février dernier du *Centralblatt fur Chirurgie*.

1. Le pus amené au dehors par le drain ordinaire, vient mouiller les pièces de pansement, s'y arrête et peut facilement entrer en fermentation, sous l'influence des microbes que tient en suspens l'air atmosphérique, qui imprègne les bandes, les compresses et la charpie.

2. Les pièces de pansement, mouillées par le pus et chauffées à la température du corps, se transforment inévitablement en compresses échauffantes et agissent comme telles : l'épiderme se ramollit et se détache, des ulcérations, des inflammations eczémateuses, etc. envahissent la peau, immédiatement autour du drain et plus loin sous le pansement. Les microbes pyogènes se déposent sur ces téguments malades, y pullulent, en exerçant leurs ravages habituels, et tiennent constamment l'organisme sous la menace d'une infection générale.

3. Pour parer à ce double danger, le chirurgien est forcé, d'une part, de recourir aux composés antiseptiques et, d'autre part, de renouveler fréquemment les pansements. Les antiseptiques exercent toujours une action défavorable sur les cellules des tissus ; non seulement sur les cellules des tissus qui entourent la plaie, mais, après absorption par le sang, sur les cellules de tous les tissus de l'organisme : ces

médicaments empoisonnent l'organisme tout entier, après avoir empoisonné les tissus sur lesquels ils ont été directement appliqués.

Les changements fréquents de la charpie, des compresses et des bandages, ont d'autres inconvénients. Ces changements d'abord demandent du temps, de la peine et surtout de l'argent. Ce n'est pas non plus un ouvrage propre. Mais, avant tout, à chaque pansement nouveau on s'expose à l'infection de la plaie; rien de plus difficile, quelquefois, que d'empêcher la pénétration de l'air et des microbes qu'il renferme dans ces cavités profondes, soumises au drainage.

4. Si la cavité est fort grande et la suppuration abondante, impossible, pour ainsi dire, de vider tout le pus par le drain ordinaire. Il faut alors, ou comprimer extérieurement la poche pour en faire sortir le pus qui stagne dans les parties déclives, on chasser par des injections liquides celui qui s'arrête dans les anfractuosités irrégulières des parois. On ne presse pas toujours impunément les parois bourgeonnantes d'une cavité en suppuration; et on ne lave pas facilement, sans les blesser, ces tissus jeunes et délicats qui sécrètent le pus. Ces lésions, excessivement faciles à produire, augmentent l'inflammation et, partant, la suppuration. Elles facilitent l'absorption des principes phlogogènes ou du pus et peuvent provoquer ainsi la septicémie ou la pyohémie.

Voilà pourquoi les chirurgiens cherchent à se passer du drain, quand cela est possible. Malheureusement cela n'est pas toujours possible : et telles sont certainement les conditions quand il s'agit de guérir des abcès ou de panser certaines plaies profondes. Il faut donc modifier le système et non pas le rejeter. Et voici les modifications que vient d'y apporter l'auteur — avec grands avantages — prétend-il.

On introduit dans la cavité suppurante, jusque dans sa plus grande profondeur, un long drain ordinaire. Pour boucher autant que possible l'ouverture de l'abcès, on choisit un tube assez fort et on achève de fermer hermétiquement cette ouverture en la calfeutrant avec de petits flocons d'ouate sur lesquelles on étend une bonne couche de collodion (1). Le tube-drain n'a des ouvertures latérales que dans la partie qui plonge dans la cavité. Quatre pouces de drain pendent au dehors.

(1) Au collodion il faut préférer le composé suivant :

Caoutchouc pur à dissoudre dans	10 grammes		
Benzine ajoutez	100 centimètres cubes		
Ether sulfurique	25 centimètres cubes.		
Mêlez, en agitant constamment, avec solution de collodium	125 centim. cubes.	Ether	3 parties.
		Collodium	1 partie.

A ce bout extérieur il faut adapter, en interposant un tube en verre, un ballon en caoutchouc, se prolongeant en tube des deux côtés. L'un ou l'autre des deux ballons d'un pulvérisateur à la main peut parfaitement servir à cela. Ce ballon doit servir tantôt à aspirer le pus qui se forme dans la cavité et, tantôt, le liquide antiseptique qui doit être injecté dans la cavité pour nettoyer sa surface bourgeonnante. Le pus doit être aspiré lentement. Si l'aspiration qu'exerce sur lui le ballon, était trop puissante, le pus deviendrait sanguinolent : il faut donc éviter d'employer des ballons à parois épaisses. Il est d'ailleurs toujours possible d'interrompre l'aspiration en pinçant momentanément le tube au dessus du ballon.

Il va sans dire, que, pendant que l'aspiration s'exerce, le tube en dessous du ballon devra être pincé ou fermé à l'aide d'un bouchon.

Si le patient est peu tranquille, il peut devenir nécessaire de fixer cet appareil à drainer par quelques tours de bande.

C'est le malade lui-même, au besoin, qui vide et nettoie sa cavité suppurante. Pendant cette opération l'air est complètement exclu si l'on a soin de laisser plonger le tube inférieur du ballon dans un vase contenant une solution antiseptique. Plus d'infection possible par l'air extérieur! Un pansement antiseptique occlusif parfait!

Employé par l'auteur dans les cas d'abcès froids étendus, d'inflammation séreuse chronique de bourses synoviales et de pyothorax, cet appareil lui a rendu tous les services qu'il en attendait.

E. V.

—

TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LE MASSAGE.

Au congrès des chirurgiens français, le professeur Tilanus, d'Amsterdam, a proposé une méthode nouvelle de traitement des fractures de la rotule, le traitement par la marche, sans immobilisation, avec compression, massage et mouvements de l'articulation du genou.

Cette méthode nouvelle aurait l'avantage d'empêcher l'atrophie du triceps et la raideur articulaire qui, d'après l'auteur, sont la cause principale des troubles consécutifs à la fracture de la rotule.

On a fait plus d'une objection à cette méthode qui est si complètement en désaccord avec les idées reçues et la pratique universellement adoptée; on a dit entre autres choses qu'il importait tout autant, pour assurer la marche, d'avoir une bonne rotule que d'avoir un bon triceps.

Cependant, plus tard, Lucas Championnière est venu également préconiser à la Société de Chirurgie de Paris le traitement de certaines fractures par le massage, à l'exclusion de l'emploi de tout moyen de contention : ses conclusions étaient les suivantes :

L'immobilisation dans le traitement des fractures est habituellement beaucoup trop prolongée et beaucoup trop généralisée.

Dans les fractures intra- et para-articulaires, elle présente de véritables dangers.

En dehors des cas de grands déplacements primitifs, les fractures si fréquentes du radius et du péroné n'ont aucun besoin d'immobilisation. Le massage fait disparaître la douleur et favorise la réparation.

Les mouvements provoqués rapidement prévienneut les raideurs articulaires, les douleurs et l'impotence prolongée du membre. Le massage bien conduit agit favorablement dès le début et comme complément du traitement de ces fractures : il donne à la cure une durée très courte. D'autres fractures au voisinage d'articulations peuvent aussi à la rigueur être soumises au même traitement.

Quoi qu'il en soit, les complications, les douleurs, l'impotence des membres après la cure des fractures sont dues, en général, à l'immobilisation des articulations voisines et éloignées, et, dans ces cas, aucun traitement ne vaut le massage pour faire disparaître les douleurs et rendre l'intégrité des fonctions.

Un certain nombre de chirurgiens ont accepté, avec quelques tempéraments, la manière de voir de Lucas Championnière, tandis que d'autres, comme Trélat, ont fait observer que la coaptation des fragments osseux et leur immobilisation devaient constituer le principe fondamental du traitement des fractures en général : mais ils ont été d'avis que cette immobilisation pouvait et même devait être réduite à un minimum : beaucoup de praticiens ont une tendance à prolonger outre mesure le séjour des membres fracturés dans les appareils.

En outre, il reste acquis que le massage et l'électrisation des muscles sont appelés à jouer un rôle important, pour faire disparaître les divers inconvénients consécutifs aux fractures et pour hâter la guérison.

LES RECHERCHES DE A. V. FRISCH SUR LA RAGE ET SA PROPHYLAXIE.

Le professeur von Frisch a fait connaître à l'académie de Vienne, le 16 décembre 1886, les résultats de ses recherches sur la rage. Elles confirment certaines observations de Pasteur, tandis qu'elles sont en opposition avec d'autres. Voici les conclusions de ce travail :

1° Le virus de la rage se trouve à son maximum de concentration dans le système nerveux central. (Cerveau et moëlle épinière.)

2° Des parcelles de substance cérébrospinale enlevées à des animaux morts de la rage et inoculées sous la dure-mère par trépanation, déterminent la rage avec une certitude presque absolue après une incubation de 14 à 21 jours. De ces animaux, la maladie est transmissible à d'autres par le même procédé

3° L'inoculation subdurale avec la substance cérébrospinale d'hommes qui ont succombé à la rage possède les mêmes propriétés.

4° L'injection sous-cutanée produit également la maladie, mais moins sûrement et après une incubation plus longue.

5° La durée de l'incubation paraît être en raison inverse de la quantité injectée par voie sous-cutanée.

6° En faisant des inoculations successives chez les lapins, d'animal à animal, la durée de l'incubation devient plus fixe, en même temps qu'elle devient plus courte.

7° Le virus fixe de Pasteur, de 40me à 50me génération, à incubation de 7 jours, est plus énergique que le virus de la rage de rue.

Inoculé par trépanation ou injecté sous la peau, il tue d'une façon absolument sûre, et après une période plus courte que ce dernier.

8° Le même virus fixe n'a pas une incubation d'une durée aussi constante que le veut bien son auteur. Certains animaux succombent au 6me jour, d'autres seulement le 8me, le 10me et même le 12me.

9. La fixité de la période d'incubation et la sûreté de l'effet s'obtiennent quelquefois après un plus petit nombre de générations que ne l'indique Pasteur.

10. En désséchant la moelle à 20° sur la potasse caustique, sa virulence diminue de jour en jour, et paraît complètement éteinte après 14 à 16 jours.

11. Les inoculations sous-cutanées de virus atténué confèrent aux animaux l'immunité, pourvu que les intervalles entre les inoculations ne soient pas trop courts.

12. Les animaux, inoculés dans l'espace de 10 jours avec le virus atténué à différents degrés par une dessication de 1 à 15 jours, ne jouissent pas d'une immunité absolue contre « la rage de rue » injectée sous la peau. Ils périssent presque sans exception quand l'inoculation de celle-ci a été faite sous la dure-mère.

13. Les lapins et les chiens inoculés d'abord sous la dure-mère au moyen de la rage de rue, et soumis ensuite aux inoculations préventives de virus de plus en plus fort, succombèrent tous à l'exception d'un seul (un chien) à la rage. Ce dernier soumis après 14 semaines à une nouvelle trépanation, succomba 8 jours plus tard.

14. Pasteur a objecté à ces résultats que les inoculations préventives avaient été trop espacées. Il exige qu'elles soient faites toutes endéans

les 24 heures, à raison d'une toutes les 2 heures, et qu'on renouvelle la série d'inoculations 2 ou 3 fois. De plus, il veut qu'elles suivent de près l'infection, et commencent au moins le lendemain. Tous les lapins et tous les chiens, traités de cette façon, moururent également de la rage.

15. De plus, en exécutant ces inoculations rapidement les unes à la suite des autres, on voit l'inoculation préventive elle-même provoquer la rage. Une série de lapins et de chiens *sains* fut soumise à ces injections répétées toutes les 2 heures. Or la majorité devint enragée.

16. Les animaux inoculés de la rage de rue par *voie sous-cutanée* succombèrent également à peu d'exceptions près, alors même que la durée d'incubation s'étendait à 34 jours.

Ajoutons que Frisch a suivi scrupuleusement les prescriptions de Pasteur, et qu il a reçu « le virus fixe » avec lequel il a expérimenté, du savant français lui-même. J. D.

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES PULMONAIRES PAR L'ATROPINE.

(*Thérap. Monatsh.* janv. 1887).

Le Dr Hausmann de Méran a employé dans plusieurs cas d'hémorrhagies pulmonaires l'atropine avec les meilleurs résultats.

Il en rapporte trois exemples.

M. S., porteur de cavernes dans le lobe supérieur des deux poumons, a depuis 6 jours quotidiennement deux fortes hémoptysies. Plusieurs médicaments ont été essayés en vain. Une treizième hémorrhagie est arrêtée immédiatement par une injection sous-cutanée de 0,0003 gr. d'atropine. Quand les hémoptysies recommencèrent deux mois plus tard, elles ne furent coupées que le jour où l'on eut de nouveau recours à cet alcaloïde.

Un autre malade a présenté des hémorrhagies nombreuses pendant l'hiver 1884. Elles disparurent pendant l'été, pour recommencer l'hiver suivant. Elles cédèrent à deux injections de la même dose.

Une dame est traitée depuis 8 jours, pour des hémoptysies graves, par l'ergotine, l'essence de térébenthine et d'autres styptiques, mais en vain. Les hémorrhagies s'arrêtèrent immédiatement par l'atropine.

Le Dr Hausmann recommande la dose de 0,0002 à 0,0005 gr., renouvelée au besoin plusieurs fois par jour.

J. D.

L'ICHTHYOL.

L'ichthyol ou, plus exactement, l'acide sulfo-ichthyolique est fourni par une huile minérale très riche en soufre que l'on extrait d'un schiste calcaire bitumineux. Le soufre est intimement combiné avec l'huile, car on ne peut l'en séparer, ni par l'ébullition dans des solutions alcalines, ni par l'amalgame de sodium (*Annales de dermat. et de syphil.*, décembre 1886). En traitant l'huile par l'acide sulfurique concentré, on obtient l'acide sulfo-ichthyolique qui a l'avantage d'être soluble dans l'eau ; ce sont les sels de cet acide qui sont employés en thérapeutique : les sels de soude et de potasse forment une pâte brune très épaisse, tandis que les sels d'ammoniaque sont plus fluides ; les trois espèces de sels sont d'ailleurs solubles dans l'eau en toute proportion.

Le Dr Unna, de Hambourg, a introduit les sels d'ichthyol dans la thérapeutique, il y a quelques années déjà, en mettant à profit leur richesse en soufre : l'ichthyolate de soude desséché accuse à l'analyse une proportion de 15 % de soufre, et sa formule atomique serait $C_{28}H_{36}S_3Na_2O_6$.

On peut ainsi dire que les sels d'ichthyol ont les mêmes propriétés et les mêmes applications que les préparations sulfureuses en général ; c'est dans le traitement des maladies cutanées et des affections rhumatismales qu'ils ont été vantés presque à l'égal de panacées.

« En somme, l'ichthyol est une préparation très soluble et toute spéciale de soufre, écrit le *Moniteur thérapeutique* (1887, n° 1), qui produit des effets sulfureux des plus importants et extraordinaires (Unna). Or, si l'on considère les applications si nombreuses du soufre consacrées par la plus longue pratique, soit à l'extérieur soit à l'intérieur, applications entravées toutefois par l'irritation que produit le médicament et par son insolubilité, on conçoit sans peine l'importance considérable que peut avoir l'emploi de l'ichthyol. »

C'est donc grâce à leur solubilité dans l'eau et à l'absence de propriétés irritantes que les préparations d'ichthyol méritent la préférence sur les préparations sulfureuses en général : on les administre à l'extérieur et à l'intérieur ; des expériences sur les animaux ont d'ailleurs montré leur innocuité.

Les maladies cutanées qui s'accommodent le mieux des préparations d'ichthyol sont celles où il y a production exagérée de tissu corné, conjointement avec l'intégrité du derme : comme les affections squammeuses en général, et les altérations de l'épiderme. Aussi, employées dans l'eczéma, elles ne réussissent que dans les formes squammeuses et sont trop irritantes pour les formes vésiculeuses et érythémateuses.

Schweninger (*Ann. de dermat.*, ibid.) dit avoir guéri rapidement toutes les variétés de kératoses par les préparations d'ichthyol, lorsqu'il avait soin de faire macérer auparavant l'épiderme avec des lotions d'esprit de savon. Le pityriasis, la séborrhée, l'ichthyose rentrent dans cette catégorie.

Toutes les variétés d'acné ont été aussi traitées avec avantage par l'ichthyol, mais, d'après Stelwagon (ibid.), il y a des cas où le médicament est plutôt nuisible.

L'ichthyol est donc loin d'avoir dans les maladies de la peau l'importance que lui avait attribuée Unna; il convient de s'en abstenir, dans tous les cas où le derme est mis à nu, et dans les cas cités, s'il est réellement avantageux, il pourra le plus souvent être remplacé par d'autres médicaments.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la seconde indication de l'ichthyol : en effet, la thérapeutique était jusqu'à présent à peu près désarmée contre les affections rhumatismales chroniques; Schweninger a employé l'ichthyol, le plus souvent en solutions de 10 jusqu'à 50 % dans le rhumatisme, le lombago, la sciatique, le tic douloureux, la goutte et la migraine. Il agit localement contre les douleurs, dans ces maladies, mieux que les autres remèdes. (*loc. cit.*)

L'ichthyol, pouvant être employé longtemps à l'intérieur et à l'extérieur, sans aucun inconvénient, offre à un haut degré les avantages des préparations sulfureuses dans toutes les formes de rhumatisme articulaire ou musculaire.

Pour l'usage interne, on a recours à peu près indifféremment aux diverses espèces de sels : on les emploie en solution dans l'eau, mais il faut les dissoudre dans de l'eau distillée, parce que les eaux calcaires et ferrugineuses donnent un soluté trouble.

Ces solutions qui se font à 1 ou 2 % ont un goût assez désagréable qui provoque parfois une répugnance insurmontable.

Pour corriger l'odeur et en partie le goût des sels d'ichthyol, on peut ajouter quelques gouttes d'une solution alcoolique de vanilline et de cumarine (fève de Tonka) à parties égales, ou bien on a recours à la forme pilulaire ou aux capsules d'ichthyol; les pilules ou capsules renferment 10 à 20 centigrammes de la substance.

La dose moyenne est de 1, 2 ou 4 grammes par jour chez l'adulte, de 20 à 50 centigrammes chez les enfants.

Pour l'extérieur, les véhicules naturels et les meilleurs de l'ichthyol sont l'eau ou bien l'alcool et l'éther à parties égales; il se laisse d'ailleurs mélanger en toute proportion avec les graisses, les huiles, la vaseline, la lanoline, la glycérine. Les solutions, qui s'appliquent à l'aide d'un pinceau ou au moyen de frictions, sont de 5 à 30 ou 50 % suivant les cas.

La plus grande fluidité de l'ichthyolate d'ammoniaque le fait préférer, pour les applications externes, aux ichthyolates de soude et de potasse. L. D.

—

DU TRAITEMENT DE L'ACNÉ.

Le dr Lassar recommande dans le *Therapeutische Monatshefte* 1887 nº 1, une méthode de traitement de l'acné qui se trouve à la portée de tous les praticiens.

Il commence par faire remarquer que, si les diverses espèces d'acné constituent des maladies cutanées d'importance nosologique secondaire, elles sont par contre péniblement supportées par les malades.

Qu'il s'agisse de simples comédons, d'acné ordinaire ou roseé ou de la forme plus rare à grosses pustules désignée sous le nom d'acné varioliforme, les conséquences de cette maladie sont souvent très importantes. Pour les uns, de jeunes personnes par exemple, elle est cause parfois qu'ils se privent de certaines relations sociales; pour les autres, comme les employés ou les domestiques, elle les empêche de trouver un emploi.

Si beaucoup de médecins s'abstiennent de traiter l'acné, c'est parce que la plupart des méthodes de traitement usitées jusqu'à présent laissent à désirer; la meilleure consiste sans contredit dans l'incision des pustules et les scarifications des parties de la peau couvertes d'ectasies capillaires. Mais, pour exécuter cette méthode dans toute sa perfection, pour obtenir la réunion par première intention des incisions pratiquées et éviter ainsi la production de cicatrices, il faut une main exercée en même temps que des soins minutieux de propreté; car, si le couteau est promené maladroitement sur la peau ou si les petites plaies s'enflamment, on s'expose à obtenir des difformités cicatricielles qui sont pires que le mal. En outre, les scarifications ne réussissent pas toujours à guérir la maladie, ou bien, des récidives nombreuses se produisent et les patients refusent de se soumettre plus longtemps à une pratique douloureuse et désagréable.

La méthode de traitement de l'acné, recommandée par Lassar, consiste dans l'emploi de la pommade suivante, qui est dans sa composition une modification de la pommade bien connue de Wilkinson :

R.	Naphtol	10 grammes.
	Soufre précipité	50 grammes.
	Vaseline jaune	aa 25 grammes.
	ou Lanoline très pure	aa 25 grammes.
	Savon de potasse	aa 25 grammes.

Mêlez et broyez pour faire une pâte.

La pâte est appliquée sur la peau, de manière à recouvrir d'une couche de l'épaisseur du dos d'une lame de couteau les parties où siège l'acnée ; elle reste en place 15 à 30 minutes ; après quoi, elle est enlevée au moyen d'un linge mou, et la peau est saupoudrée de talc. La pâte provoque une réaction inflammatoire modérée de la peau qui survient, d'après la susceptibilité des sujets, après une ou plusieurs applications, puis on voit la peau brunir légèrement et les couches superficielles de l'épiderme se desquammer ; les phénomènes qui se produisent rappellent ainsi, suivant la comparaison de l'auteur, ceux qui surviennent sous l'influence des rayons solaires sur la figure hâlée des touristes qui visitent les glaciers.

Après la desquammation — que l'on peut favoriser par l'application pendant la nuit d'une pommade émolliente — on constate une amélioration notable de l'acné, quelle qu'en soit l'espèce.

On répète le traitement autant qu'il est nécessaire et d'autant plus fréquemment que la réaction inflammatoire est moins marquée ; souvent, lors des applications ultérieures, il n'est même plus nécessaire d'appliquer la pâte sur toutes les parties autrefois atteintes, mais seulement sur les points qui ont échappé à l'action des premières applications.

Bien que la sensibilité vis à vis du traitement varie beaucoup d'une personne à l'autre, il est très rare qu'il ne soit pas supporté.

L'auteur a expérimenté jusqu'à présent le traitement sur plus de cent personnes de toute condition ; quant au nombre d'applications, il a varié beaucoup suivant les cas : dans l'un, sept séances d'une demi heure ont suffi pour amener la guérison d'une acné pustuleuse et rosée, sans que le sujet ait dû interrompre un seul jour ses occupations ; dans un autre cas analogue mais plus invétéré, il fallut des séances journalières pendant trois semaines ; dans un troisième, l'application de la pâte fut prolongée pendant plusieurs mois ; au reste, le médicament est exempt d'inconvénients : la peau guérit en restant lisse et en conservant sa coloration normale. Lorsque des récidives menacent de se produire, on revient au remède.

La composition chimique de la pâte formulée par Lassar et les effets qu'elle produit sur la peau, peuvent, d'après l'auteur, rendre compte facilement des résultats si remarquables qu'elle fournit dans une maladie cutanée à la fois si tenace et si rebelle au traitement, si pénible pour les malades et si négligée par le médecin.

Nous venons d'employer avec succès la pommade de Lassar dans un cas d'acné pustuleuse rebelle de la barbe. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

La blennorrhagie chez la femme n'est pas un accident sans importance; si elle n'est pas traitée ou si elle est à demi traitée, elle se propage inévitablement du vagin à l'utérus, de là aux trompes, aux ovaires, au péritoine. Le Dr Grandin qui, d'après les *Annales de dermat et de syphil.*, sept. 1886, trace ainsi un tableau des plus sombres des complications de la blennorrhagie est d'avis qu'il faut attaquer vigoureusement l'affection, lorsqu'elle est encore cantonnée dans le vagin; il se sert de préférence du sublimé, de la créosote ou du nitrate d'argent, c'est-à-dire, des trois substances qui, d'après certaines recherches, sont efficaces contre le gonococcus.

Ordinairement, il procède de la manière suivante, lorsqu'il a reconnu une vaginite aiguë : il introduit le spéculum cylindrique le plus volumineux qui puisse pénétrer, après insensibilisation préalable au besoin par la cocaïne. Le vagin et le col utérin nettoyés, il badigeonne d'abord la cavité du col à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 30 à peu près, puis il verse dans le spéculum une cuillerée à thé de la même solution et retire doucement l'instrument, de façon à mettre le liquide en contact avec toutes les parois vaginales. Arrivé à la vulve, il renverse le spéculum et fait écouler dans un bassin l'excès de la solution.

Le spéculum est réintroduit ensuite, dans le but de placer un ou deux tampons enduits de vaseline dans le vagin; ces tampons restent 24 heures en place. Quand elle les enlève, la malade doit bien se laver le vagin avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 1 1/2 %. La vulve et l'urèthre sont également badigeonnés, mais avec une solution plus faible, à 1 pour 50 approximativement.

Ce traitement énergique aurait des suites excellentes : l'opération aurait même rarement besoin d'être répétée, quand on y a recours dès le début du mal. Après cinq ou six jours, il ne persisterait plus que des symptômes d'inflammation simple. Au reste, l'emploi de ces solutions fortes de nitrate d'argent serait exempt de tout inconvénient.

—

DU CHOIX DES PROCÉDÉS D'ANESTHÉSIE LOCALE.

Le Dr Ant. Braun a recherché dans le *Wiener Klinik*, rapporte le *Thérap. Monatsheft*, s'il existait une méthode d'anesthésie locale sûre et applicable à toutes les régions du corps, qui permît de supporter sans douleur des opérations de quelque durée, et il a conclu par la

négative, mais il admet que l'anesthésie locale peut rendre de grands services pour les opérations de courte durée qui portent sur la peau ou les muqueuses.

Quant au choix de la méthode, il conseille de se guider d'après les règles suivantes :

I. *Opérations sur la peau.*

1° *Avec l'épiderme intact.*

A. *Membres.* 1° *Sur les extrémités*, comme les doigts et les orteils : application du lien d'Esmarch, puis pulvérisation d'éther sulfurique pendant 5 à 10 minutes. Si l'on emploie la cautérisation par le feu pendant l'opération, la pulvérisation d'éther sera remplacée par la pulvérisation de bromure d'éthyle.

2° *Sur les autres parties des membres.* Application du lien d'Esmarch — et injection d'une solution à 5 % de cocaïne.

B. *Tête et tronc.* Injections de cocaïne.

2° *Avec le derme dénudé.* Badigeonnages répétés avec la solution de cocaïne à 10 %.

II. *Opérations sur les muqueuses.*

Badigeonnage avec la solution de cocaïne à 10 %. L. D.

—

MOYEN DE PRÉVENIR LES CICATRICES DE LA VARIOLE.

Les manifestations cutanées de la variole ne surviennent que sous l'influence de l'infection et il serait illusoire de vouloir les faire avorter par l'application de simples topiques. Toutefois, il est vraisemblable que ces manifestations s'exagèrent sous l'influence de causes accessoires, même purement accidentelles.

Nous rappellerons à ce propos que Guttmann a récemment signalé dans l'infection variolique la présence du *staphyloccus pyogenes aureus*, conjointement avec celle d'un organisme spécial qui serait cause de la maladie.

Quoi qu'il en soit, on comprend qu'en s'opposant à la végétation sur les pustules varioliques des microbes pyogènes ou septiques provenant du sang ou de souillures accidentelles, on modère l'intensité des phénomènes inflammatoires, on diminue la profondeur et l'étendue de la destruction du derme et, partant, les difformités cicatricielles.

C'est ce qui nous permet d'apprécier l'utilité de certaines médications topiques qui jouissent de propriétés antiseptiques.

Ainsi, nous trouvons dans le *Moniteur thérapeutique*, 1887, n° 1,

que Reimer recommande fortement, d'après une expérience de 1500 cas, l'onguent de Schwimmer, ainsi composé :

Acide phénique	4 à 10	grammes.
Huile d'olive	40	»
Craie pulvérisée	90	»

comme le meilleur moyen de faire avorter les pustules à leur début. Cet onguent peut être appliqué sur un linge que l'on place sur une ou toutes les parties atteintes et que l'on change deux fois par jour. La suppuration est très peu marquée et, rarement, il y a de petites cicatrices formées sur le nez.

Ce moyen ne serait pas applicable aux jeunes enfants, en raison de la difficulté de maintenir le pansement et des dangers d'intoxication par l'acide phénique.

D'autre part, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, 1886, p. 200, la vaseline iodoformée dans la proportion de 1 pour 20 est recommandée dans le même but.

Appliqué sur les surfaces recouvertes de pustules, ce remède diminuerait les douleurs par les vertus anesthésiques de l'iodoforme, amènerait une sensation agréable de fraîcheur, préviendrait la formation de croûtes, et, en provoquant l'affaissement des pustules, amènerait la guérison sans cicatrices.

Sur les surfaces cutanées envahies par l'érysipèle, le même topique aurait des avantages marqués : la proportion de 1 pour 50 serait suffisante et écarterait tout danger d'intoxication ; la résolution de l'inflammation surviendrait au bout de deux ou trois jours.

L. D.

—

DE L'EMPLOI DU SUBLIMÉ EN OBSTÉTRIQUE.

Dans le *Wiener Med. Wochenschrift*, G. Braun formule les conclusions suivantes, d'après un grand nombre d'observations :

Les irrigations vaginales ou utérines pratiquées avec une solution de sublimé, sont facilement suivies de la résorption du liquide injecté; cette résorption survient surtout avec une rapidité extrême, quand il existe un obstacle à la sortie du liquide; aussi ne faut-il, en règle générale, se servir de la solution au millième de sublimé que dans les cas graves : putréfaction développée dans la cavité utérine, ou fièvre septique. Même alors, l'irrigation ne dépassera pas la durée d'une minute et il conviendra de la faire suivre d'une injection abondante d'eau distillée ou du moins d'une eau bouillie.

Les irrigations seront toujours faites par le médecin, jamais par

la sage-femme ou la garde-malade, et sous une faible pression; elles seront proscrites ou au moins employées avec prudence chez les femmes qui présentent des plaies étendues au niveau de la vulve, dans le cas d'atonie de l'utérus, et chez les personnes anémiques ou souffrant d'une maladie des reins.

—

ANESTHÉSIE LOCALE POUR LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES DENTS.

Nous avons signalé dans le n° d'août 1886 de la *Revue* l'emploi de la solution de cocaïne à 15 % pour obtenir l'anesthésie dans les extractions dentaires; c'est par erreur que nous avons dit qu'il fallait injecter une seringue entière de la solution; une demi-seringue suffit pour les deux injections à la fois, celle qui est pratiquée à la face interne et celle qui est pratiquée à la face externe de la gencive : il faut donc 50 centigrammes de la solution, soit 7 1/2 centigrammes de cocaïne, dose qui est absolument inoffensive. Les symptômes d'intoxication, qui pourraient survenir chez des sujets prédisposés, sont d'ailleurs absolument dépourvus de gravité.

Nous avons contrôlé l'efficacité de cette pratique avantageuse; les injections dans la gencive sont peu douloureuses. Aussi est-il superflu de badigeonner au préalable la muqueuse gingivale avec la même solution.

Toutefois, M. Viau, dans le but de prévenir les troubles généraux qui surviennent parfois après l'introduction d'une quantité modérée de cocaïne, a cherché à n'employer qu'une dose minima du médicament.

C'est le résultat auquel il est arrivé en associant à la cocaïne un autre anesthésique local, l'*acide phénique*.

On connaît les propriétés anesthésiques de ce médicament; il est même l'anesthésique par excellence de la dentine sensible.

D'après l'*Odontologie*, le meilleur pansement de la carie dentaire est le pansement phéniqué. Une boulette d'ouate imprégnée d'acide phénique en solution alcoolique au 20me est mise au fond de la cavité, puis recouverte d'une autre boulette plus volumineuse de coton sec qui empêche le liquide de fuser dans la bouche et de cautériser légèrement les parties molles. On supprime ainsi facilement les douleurs du mal de dents.

Dans tous les cas, voici comment procède M. Viau pour obtenir l'anesthésie dentaire : il tient à sa disposition une solution bien titrée de 2 grammes d'acide phénique cristallisé dans 100 gr. d'eau distillée; puis des paquets renfermant chacun 5 centigrammes de cocaïne.

Au moment de l'usage, il fait dissoudre un paquet dans 50 centigr. de la solution phéniquée, c'est à dire, dans une demi-seringue de Pravaz, puis, il injecte lentement la moitié à la face interne, l'autre moitié à la face externe, dans la direction des racines de la dent à extraire : il maintient le doigt sur la piqûre, pour empêcher le liquide de refluer au dehors, et l'entoure de quelques boulettes d'ouate pour recueillir les gouttes qui peuvent s'échapper de la seringue. Les deux piqûres faites, il fait laver la bouche du patient avec de l'eau fraîche, et attend cinq minutes avant de procéder à l'opération. Ce procédé lui a toujours donné, dit-il, des résultats complets au point de vue de l'anesthésie et il n'a jamais constaté de troubles généraux. Afin d'atteindre facilement tous les points de la gencive, il a fait confectionner des aiguilles de diverses courbures pour la seringue de Pravaz.

Martial Lagrange (*Bulletin général de thérapeutique* 31 déc. 1886), conseille d'injecter 30 centigrammes de la solution sur le côté externe de la gencive, et 20 centigrammes seulement sur le côté interne : il a reconnu, dit-il, que la piqûre du bord gingival externe agissait beaucoup plus fortement que celle faite au bord interne : la piqûre du bord gingival interne est plus difficile à pratiquer et plus désagréable pour le patient.

On aura ainsi le choix entre la solution simple de cocaïne à 15 °/° et le mélange d'acide phénique et de cocaïne en solution. L. D.

LA SACCHARINE.

Le sucre, par la modicité relative de son prix, autant que par sa saveur agréable, est devenu comme une partie intégrante de la ration journalière de l'homme vivant quelque peu dans l'aisance. Supprimer tout à coup, pour des raisons de santé, ce condiment agréable, c'est, souvent, imposer à cet homme une dure privation. Malheureusement, ces conditions pathologiques semblent aujourd'hui se multiplier beaucoup, et le diabète, une maladie rare jadis, est devenue une affection commune dans les classes bourgeoises. Nous devons donc considérer, comme une heureuse nouvelle, l'annonce de la fabrication industrielle de la *saccharine*, un succédané précieux du sucre de canne et de betterave, ainsi que nous l'apprend la *Revue scientifique* du 18 décembre dernier.

La saccharine a été signalée en 1879 par Fahlberg et Ira Remsen qui l'ont extraite de certains dérivés du goudron. La saccharine consiste en une poudre blanche, composée de cristaux irréguliers, légèrement soluble dans l'eau, formant des sels avec les composés alcalins; sa propriété la plus remarquable, c'est sa saveur sucrée, qui en fait un agent édulcorant infiniment supérieur au sucre de canne. En effet, la saveur sucrée se perçoit encore dans une solution à 1 pour 70,000, ce

qui donne à la saccharine une intensité trois cents fois supérieure à celle du sucre. Le goût est d'ailleurs identique, l'intensité seule en diffère. La saccharine ne *fermente* pas : qualité, non moins précieuse, en certaines circonstances, que son grand pouvoir édulcorant. Des grenouilles peuvent vivre indéfiniment dans une solution neutre de saccharine. D'après Mosso, la saccharine s'élimine en nature sans modifications ni décomposition, contrairement aux acides benzoïque et salicylique dont on rapproche la saccharine au point de vue chimique.

Si l'on injecte ce produit sous la peau, l'urine prend en quinze minutes une saveur sucrée qu'elle conserve durant plusieurs jours. La saccharine ne modifie pas la nutrition, l'urée est excrétée dans les mêmes proportions, mais l'urine est moins fermentescible. Les chlorures augmentent, mais les phosphates et sulfates ne changent pas.

En somme, la saccharine n'exerce aucune action toxique. Elle peut rendre de grands services par la saveur sucrée qu'elle présente, dans les cas où le sucre est interdit, dans le diabète, par exemple. Elle corrige bien la saveur amère de la quinine et peut être employée pour masquer la saveur de différents médicaments à goût nauséeux ou désagréable.

M. Fahlberg a trouvé le moyen de fabriquer industriellement de la saccharine avec du pétrole, du charbon, etc. E. V.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DES OPÉRATIONS CHIMIQUES ou de CHIMIE OPÉRATOIRE par M. le prof. FR. DE WALQUE. 3e édition. Louvain, Auguste Peeters-Ruelens, édit. 1887. 520 p.

En annonçant l'édition précédente de cet excellent petit traité, nous disions qu'il constitue le guide le plus précieux pour les candidats en sciences, obligés par la loi de 1876 de se livrer à des exercices pratiques dans les laboratoires de chimie.

L'auteur décrit, avec concision et clarté, les principes des diverses opérations que le chimiste exécute, les principaux appareils qu'il emploie, la manière de les confectionner ou de les établir et, enfin, les soins particuliers que réclame la conduite des opérations.

Le Manuel de notre collègue M. De Walque ne rendra pas seulement des services aux étudiants en science, pour qui il est spécialement écrit, mais il sera aussi utilement consulté par le médecin que les progrès de l'art de guérir obligent chaque jour davantage à faire des recherches chimiques.

L'édition nouvelle admirablement imprimée est ornée de 369 gravures éclairant le texte et remplaçant les longues descriptions.

L'auteur a eu l'excellente idée de consacrer quelques chapitres nouveaux à l'installation d'un laboratoire, aux accidents qui peuvent arriver et aux premiers soins que les accidents réclament en attendant l'arrivée d'un médecin. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 29 *janvier* 1887.

1. Rapport de M. Hambursin, membre titulaire, sur une *observation d'un cas de ralentissement permanent du pouls, avec attaques syncopales et épileptiformes*, soumise à l'Académie par M. le docteur Lebrun, à Namur.

M. le rapporteur établit d'abord que l'affection qui fait l'objet de la communication de M. Lebrun est fort rare. En compulsant les annales de la science, on est parvenu à en réunir seulement quinze cas.

La malade à laquelle M. Lebrun a donné des soins avait 43 ans et présentait toutes les apparences d'une bonne santé, en dehors des symptômes qui caractérisaient son affection. Les artères étaient souples, le cœur avait ses dimensions à peu près normales; mais le pouls ne donnait que trente-deux pulsations par minute et une heure après les accès syncopaux et épileptiformes, on n'en comptait que dix-huit.

M. Hambursin fait remarquer que le cas dont il s'agit diffère des cas analogues observés jusqu'ici, d'abord au point de vue étiologique. A part, en effet, les cas consécutifs à une lésion des vertèbres cervicales, tous les cas de ralentissement permanent du pouls, accompagné d'attaques syncopales et épileptiformes, ont été observés chez des vieillards présentant des lésions athéromateuses ou calcaires du cœur et des vaisseaux. Il ne paraissait rien y avoir de semblable chez la malade de M. Lebrun. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Ce cas, dit M. le rapporteur, diffère aussi des autres par la durée de la maladie. Habituellement, l'affection a une marche lente; elle a suivi une marche plns rapide : la femme est morte dans un accès au bout de 3 1/2 mois.

M. le rapporteur propose d'insérer l'intéressante communication de M. Lebrun dans le Bulletin et de lui adresser des remerciements. — Adopté.

2. Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le Dr Chandelon, de Liége, sur un *Nouveau procédé de préparation de la pepsine pour l'usage pharmaceutique*: M. Blas, rapporteur.

M. Blas fait remarquer qu'aucune méthode de préparation ne donne de la pepsine à l'état pur.

La méthode de M. Petit est, d'après lui, celle qui réalise le mieux le but.

Le procédé de M. Chandelon est basé, comme plusieurs autres méthodes, sur la précipitation au moyen d'un corps étranger; mais il a eu l'heureuse idée d'employer une substance n'exerçant pas d'action sur l'organisme et n'altérant point la pepsine. Cette substance est la syntonine, qui ne passe qu'en faible quantité dans le produit et qui y est rapidement peptonisée.

Le procédé de M. Chandelon est donc, sous tous rapports, d'après la commission, supérieur aux autres procédés par précipitation; mais il ne l'emporte pas sur la méthode de M. Petit, qui a un rendement supérieur en pepsine active et présente plus de simplicité d'opération, mais aussi qui exige une grande installation.

Le procédé nouveau de l'auteur du travail soumis à l'Académie est toutefois appelé à rendre d'importants services dans la plupart des pharmacies où n'existent pas d'installation suffisante pour faire évaporer rapidement de grandes quantités de liquide.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remerciements à M. Chandelon et d'insérer son travail dans le Bulletin. — Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSION.

Suite de la discussion sur la *prostitution.*

En déposant sur le bureau une brochure que M. le Dr E. Bertherand, correspondant de l'Académie à Alger, a publiée sous le titre *d'Etudes sur les mesures médico-administratives les plus propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes*, M. Thiry donne un aperçu de ce qu'elle contient.

Dans ce travail, dit-il, M. Bertherand s'élève énergiquement contre la prostitution clandestine, dont il indique les diverses sources et dont il fait ressortir les dangers au point de vue de la santé et de la moralité publiques.

M. Miot soutient d'abord que la prostitution n'est pas un mal nécessaire, mais seulement une conséquence fatale de la corruption de l'homme. C'est un devoir impérieux, dit-il, de lutter sans cesse et par tous les moyens, sinon pour la détruire, du moins pour la restreindre dans ses plus étroites limites. Il prétend que ce n'est pas dans la prostitution que l'homme trouve la satisfaction de ses besoins génésiques; que la fonction physiologique viciée par les artifices et les raffinements que comporte la prostitution devient bientôt une passion terrible et insatiable.

Abordant les rapports de la prostitution avec la criminalité, l'orateur, contrairement à l'opinion de quelques écrivains, soutient qu'elle augmente celle-ci au lieu de la diminuer.

Considérant ensuite la prostitution au point de vue de l'hygiène, M. Miot constate qu'elle progage la syphilis, et conclut de là que c'est un devoir et un droit pour les autorités de la surveiller.

Il compare la prostitution à un négoce et soutient que l'inscription et les visites sanitaires des prostituées sont de droit commun; il demande que les visites s'étendent à toutes les catégories de prostituées.

Contrairement à l'opinion de plusieurs médecins, Diday, Fournier, etc., il soutient que la syphilis se propage beaucoup plus par la prostitution clandestine que par celle qui est règlementée. Il se prononce, en conséquence, pour le maintien et l'amélioration du service des visites sanitaires.

Il termine en demandant :

1° Que toutes les communes soient obligées d'établir la surveillance de la prostitution ;

2° Que les syphilitiques aient la plus grande facilité possible de se faire traiter soit dans les hôpitaux, soit à domicile, et qu'il n'y ait plus d'exception de ce chef;

3° Qu'une visite très sévère et toute spéciale soit faite des femmes vagabondes, ces femmes, avant leur entrée en prison ou pendant leur séjour dans les dépôts de mendicité, se livrant presque toutes à la prostitution.

M. Depaire fait connaître qu'avant de soumettre au conseil communal de Bruxelles le règlement modifié, annexé à la communication de M. Thiry, le collège s'est mis au courant de ce qui existait dans les principales villes de l'Europe sous le rapport de la prostitution. Cinquante-quatre villes ont répondu à son appel et lui ont transmis des renseignements et des données statistiques à ce sujet.

Le susdit collège a aussi consulté une commission nommée pour examiner, au point de vue médical, les questions qui se rattachent à la prostitution. M. le Dr Yseux, membre du conseil communal, a été le rapporteur de cette commission. M. Depaire cite plusieurs passages du rapport qui a été déposé.

Si je n'avais, dit l'honorable membre, en terminant son discours, qu'à examiner la question théoriquement, j'admettrais volontiers les sentiments généreux qu'on met en avant pour s'opposer à la règlementation de la prostitution; mais, en présence des inconvénients résultant de la liberté qu'on voudrait voir établir en faveur de cette lèpre sociale, je n'hésite point à me rallier au principe de la règlementation adopté dans le projet soumis au conseil communal de la capitale.

M. Mœller, répondant à la lettre de M. Jeannel, soutient qu'il a

exactement interprété le passage du livre dont il s'agit, en disant que cet auteur reconnaissait aux mesures règlementant la prostitution un caractère odieux, au point qu'il serait impossible de les inscrire dans la loi.

Parlant de son travail encore inachevé sur la syphilis dans l'armée belge, l'orateur annonce qu'une erreur a été commise dans le calcul du chiffre proportionnel des maladies vénériennes et que les résultats rectifiés diffèrent sensiblement de ceux invoqués en faveur de la règlementation. Il prend ensuite la défense de la statistique en général, cite l'opinion de M. Maurice Block et pose les règles à suivre dans cette science.

En réponse à la lettre de M. Balfour, M. Mœller fait remarquer que tous les chiffres qu'il a invoqués à l'appui de sa thèse ont été extraits par lui, les uns des rapports médicaux de l'armée anglaise, publiés pour les années 1882, 1883 et 1884; les autres des procès-verbaux officiels de la commission d'enquête sur les résultats des *contageons diseases*, etc. Il s'est donc basé sur les mêmes documents que M. Balfour. Il critique la méthode employée par celui-ci et invoque l'opinion de M. le docteur Birbeek Nevins, qui, d'abord favorable aux Actes, leur est devenu franchement hostile, après examen de leurs résultats sanitaires. La chambre des Communes, en votant la suppression des Actes, s'est ralliée à la minorité de la commission, dont six membres sur quatorze s'étaient prononcés pour cette suppression. La discussion, qui a eu lieu sur ce sujet au parlement anglais, a principalement roulé sur le côté hygiènique de la question.

M. Moeller prend ensuite la défense de la moralité publique en Angleterre.

Il maintient ses assertions au sujet des dangers de contagion que présentent les femmes inscrites. Il invoque à l'appui de sa thèse le rapport communal de la ville de Bruxelles, pour 1885. Il soutient que la logique est d'accord avec les faits pour établir l'inefficacité de la règlementation et persiste à dire que celle-ci est contraire à la loi morale. Il voudrait, comme M. Crocq, que l'on cherchât à moraliser les populations, et réclame une réforme complète de notre législation en cette matière.

Enfin, il déclare qu'il n'est pas intervenu dans le débat à titre de membre de la Société de moralité publique, mais comme membre de l'Académie de médecine.

Il rappelle que sa conviction a commencé à se former dès 1872, lorsqu'il a pu observer le fait de Nivelles qu'il a cité dans son premier discours, et ajoute qu'une expérience identique (suppression des

maisons de prostitution), a été faite avec succès par la ville de Saint-Nicolas (Belgique).

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

GRAND CONCOURS INTERNATIONAL DES SCIENCES ET DE L'INDUSTRIE.

M. Somzée, représentant de Bruxelles, vient d'organiser, un concours international, ouvert à toutes les sciences et à l'industrie — auquel le gouvernement et tous les hommes désireux du progrès apporteront le tribut de leur coopération. Puisse l'idée généreuse de l'organisateur être féconde et produire dans les temps difficiles que nous traversons, tous les résultats qu'on est en droit d'espérer d'elle.

Le *Grand Concours international des Sciences et de l'Industrie* a pour but de contribuer au relèvement de nos industries en souffrance.

Intéresser toutes les ressources de l'esprit d'investigation et de perfectionnement à la réalisation de moyens conduisant *immédiatement* à une production *meilleure* et *moins coûteuse*, telle est la base fondamentale de son programme.

Jusqu'ici, la classification des produits mis en présence dans les Expositions s'était faite sans autre ordre, sans autre lien que la nationalité; sans autre préoccupation que celle de l'effet architectural ou décoratif. Au concours international, il n'en sera pas ainsi; les produits seront groupés suivant leur *nature*, de manière à permettre l'étude immédiate et complète d'une branche d'industrie, par la comparaison de produits similaires chez les différents peuples.

Ce système de groupement facilitera l'enquête sur les desiderata de chaque industrie: on pourra, de cette manière, se rendre facilement compte des résultats obtenus dans la fabrication, et des améliorations qu'il importe d'y apporter. Cette disposition n'est pas incompatible avec l'admission dans les compartiments des concours internationaux de produits que le comité exécutif jugera utile d'y faire placer.

Les comités chargés d'organiser le grand concours auront donc — chacun pour la branche d'industrie qui les regarde — à organiser leurs concours spécial, représenté par des produits et par des documents.

Ces documents, tels que mémoires descriptifs, notices, exposés, dessins, plans, croquis, etc., seront admis à figurer aux concours, mais à titre de renseignements seulement.

Il pourra cependant être dérogé à cette règle par exception et en vertu d'une décision formelle et spéciale en faveur de documents relatifs à des produits ou à des objets dont la représentation matérielle, en grandeur d'exécution ou tout au moins à une échelle réduite, ne serait pas possible dans l'enceinte du concours.

A chaque concours correspondra un comité organisateur et un jury spécial.

Chaque comité réunira tous les participants, *belges* et *étrangers* : A. Pour les concours dans le compartiment *international* réservé à la branche d'industrie dont il a à s'occuper. B. Pour l'exposition dans le compartiment national désigné.

Il ne sera pas inutile de faire suivre ici une courte explication, de nature à faciliter les travaux de MM. les Présidents et Membres des commissions d'organisation.

Participation.

Les producteurs ont la faculté de prendre part, séparément, soit au *grand concours*, soit à l'*exposition d'importation et d'exportation*, soit à *l'un* et à *l'autre* simultanement.

Travaux des comités en ce qui regarde les concours.

Pour atteindre le plus complètement possible le but utile et pratique que se proposent les organisateurs du grand concours, il est indispensable que les comités s'efforcent, avant tout, de fixer le *desideratum* ou les *desiderata* des branches d'industrie qu'ils représentent.

Il n'est pas de science, d industrie, de commerce, qui, surtout en ce moment de crise, ne cherche, dans l'ordre théorique, pratique ou économique, la solution de quelque problème ou le perfectionnement d'une invention. Il n'en est point qui ne s'applique à découvrir des procédés industriels nouveaux ou qui n'étudie l'amélioration de son outillage et les moyens de fabriquer *mieux*, *plus rapidement* et à *meilleur marché*. pour enrayer l'envahissement de la concurrence.

L'attention générale est concentrée sur la création de *nouveaux débouchés* multipliant les échanges internationaux et donnant une nouvelle direction aux transactions commerciales. Chaque branche de production, enfin, est possédée d'un *désir*, d'une *aspiration*, d'un *besoin* dont la réalisation deviendra possible à la suite de cette sorte d'enquête, provoquée par le concours international, et qui est appelée à donner une puissante impulsion au progrès universel.

C'est à ces *désirs*, à ces *aspirations*, à ces *besoins* qu'il importe de donner une *formule nette, précise* pour guider les efforts des concurrents.

Pour obtenir l'énonciation précise de ces *desiderata*, les Présidents des différents Comités auront à faire parvenir à chaque membre de leur Comité, aux industriels de leur groupe et à toutes les notabilités

industrielles des pays étrangers dont ils pourront s'adjoindre, à titre consultatif, la précieuse collaboration, des *formules* qui seront fournies par les soins du Comité exécutif. A ces formules, ils devront joindre des notes explicatives sur le but général du Grand Concours et sur le but spécial des concours spéciaux qu'ils sont appelés à organiser.

Les Comités pourront se réunir rue des Palais, n° 22, à Bruxelles. Les convocations seront faites par les soins du Comité Exécutif, sur la demande qui lui en sera adressée quelques jours à l'avance par MM. les Présidents. Ceux-ci sont priés de joindre, le cas échéant, à la demande susdite la minute de la convocation qui en est l'objet, ainsi que l'ordre du jour.

Les desiderata seront examinés en Comité ou par leurs bureaux respectifs.

Il importe que les Bureaux des Classes et Concours transmettent au Comité Exécutif, non seulement les desiderata sur lesquels le choix de leur Comité, se sera arrêté, mais aussi *tous* les desiderata qui leur parviendront sans exception et quelle qu'en puisse être la valeur d'appréciation.

Ces desiderata doivent être accompagnés d'un numéro d'ordre correspondant à leur importance respective d'après l'appréciation du Comité ou du bureau de celui-ei.

Pendant la durée du Concours, il pourrait se manifester, dans le domaine industriel ou scientifique quelque progrès réel et marquant.

En vue de récompenser un tel progrès, le Comité Exécutif sera autorisé à distraire, le cas échéant, une certaine somme du total des primes affectées au Concours auquel se rattacherait le progrès accompli.

Le Comité Exécutif remettra les travaux des Comités des Concours, au Comité central qui statuera en dernier ressort.

Le Comité central se composera : 1° de membres du Comité Exécutif; 2° des présidents des Comités de Concours avec voix délibérative ; 3° des vice-présidents et secrétaires de ces Comités, avec voix consultative.

L'application rigoureuse des dispositions qui précèdent permettra à MM. les Présidents de s'acquitter efficacement de leur mission difficile, dont l'accomplissement doit assurer le succès de l'œuvre toute humanitaire à laquelle ils ont prêté le concours précieux de leurs hautes lumières et de leur patriotique dévouement.

Le Président du Comité Exécutif :
L. SOMZÉE.

Nous donnerons prochainement la classification des divers concours Disons tout de suite que le *Concours* LI comprend :

1. La Médecine ; 2. La Chirurgie ; 3. L'Hygiène ; 4. La Balnéologie ; 5. L'Assistance publiqne.

QUELQUES MICROBES RARES DU PUS. — LE STREPTOCOCCUS PYOGENES. — LE STREPTOCOCCUS ERYSIPELATOS.

Dans le numéro précédent, nous avons entretenu les lecteurs de la *Revue* du staphylococcus pyogenes aureus. Nous nous proposons aujourd'hui d'exposer l'état de nos connaissances sur les autres microbes du pus, particulièrement le streptococcus pyogenes. Nous ferons en même temps l'histoire du streptococcus erysipelatos, qui présente avec ce dernier tant d'analogie que, d'après certains auteurs, ces deux organismes ne constitueraient qu'une seule et même espèce.

L'étude du pus a fait connaître actuellement, outre le staphylococcus pyogenes, 5 autres espèces pyogènes, à savoir :

1° *Le micrococcus pyogenes tenuis*, trouvé 3 fois par Rosenbach, 1 fois dans un abcès chaud de la cuisse, et 2 fois dans le pus de l'empyème. Il doit son nom à la transparence et à la finesse de ses cultures, à peine visibles à l'œil nu. Les abcès, causés par ces parasites, sont purement locaux, sans fièvre ou pyémie consécutive.

2° *Le micrococcus cereus*, découvert par Passet dans le pus de 3 abcès. Les cultures sur la gélatine ressemblent à une goutte de stéarine ou de cire. On en connaît deux variétés : une jaune et une blanche.

3° Un microbe rencontré deux fois par le même auteur, et présentant beaucoup d'analogie avec celui de la pneumonie. Il n'a pas reçu de dénomination spéciale.

4° *Le bacillus pyogenes fetidus*, observé dans un pus fétide venant du voisinage de l'anus. Les cultures répandent une forte odeur de putréfaction. Ce même bacille paraît avoir été observé par Babès dans des abcès du foie.

Les cas dans lesquels on constate l'existence des organismes précédents sont rares. Il n'en est pas de même du *streptococcus pyogenes*, qui, tout en étant moins commun que le staphylococcus pyogenes, occupe néanmoins une place importante dans la genèse des inflammations purulentes.

Comme son nom l'indique, c'est un microcoque qui s'arrange en

chaînettes ou chapelets. Il présente un diamètre variant d'un demi micron à trois quarts de micron, et est par conséquent encore plus petit que le staphylococcus pyogenes. Il se laisse cultiver sur les différents milieux utilisés en bactériologie : la gélatine peptonisée, l'agar peptonisé, le sérum, la pomme de terre, etc. Une chaleur de 38° favorise son développement, mais celui-ci s'opère déjà, quoique plus lentement, à la température de la chambre. Il est complètement arrêté à 4 degrés. Il ne liquéfie pas la gélatine. Les cultures ont une grande tendance à former des amas de petites colonies, grosses comme un grain de sable et présentant une croissance lente.

Quand ces grains sont nombreux, ils se fusionnent les uns dans les autres, et la culture forme un tout continu à bords festonnés et frangés.

Ce parasite végète mieux dans la profondeur des milieux de culture qu'à leur surface, ce qui semble indiquer que l'oxygène dans les proportions qu'on rencontre dans l'air, est nuisible jusqu'à un certain degré à sa multiplication. Il supporte une dessication de 10 jours sans perdre sa vitalité.

Les chiffres suivants donnent une idée de la fréquence et de la nature des affections où l'on observe ce microcoque. Ils sont pour la plupart tirés des mêmes statistiques que celles que nous avons utilisées pour le staphylococcus pyogenes.

Krause a rencontré le streptococcus pyogenes dans :

4 cas de phlegmons progressifs de la main et l'avant-bras.
2 » d'inflammation purulente de la bourse prérotulienne.
3 » » » aiguë des ganglions lymphatiques.
1 » » » septique de l'articulation du genou.
1 » d'abcès à la suite de lymphangite.
1 » abcès de la paroi du ventre.

Rosenbach, sur 23 abcès aigus, rencontra le même parasite 14 fois, dont 3 fois avec le staphylococcus pyogenes. Il le trouve en outre dans :

1 cas d'empyème (sur 5 examinés).
3 phlegmons de l'avant-bras.
1 arthrite purulente du genou à la suite de plaie pénétrante.
1 inflammation purulente d'une fracture de la rotule.
2 cas d'emphysème gangreneux progressif,

et enfin sur 6 cas de pyémie 5 fois dont 2 fois en compagnie avec le staphylococcus pyogenes.

Passet, sur 33 pus d'origine diverse. l'observa 10 fois, 8 fois seul et 2 fois avec le staphylococcus.

Les chiffres de Garré fournissent un contingent beaucoup plus faible. Ayant examiné 75 pus, il ne trouva que 4 fois le streptococcus, dont une fois avec le staphylococcus. Les 4 cas se rapportent tous à des phlegmons.

Hoffa, dans 100 cas d'abcès chauds, le trouva 15 fois. Ses chiffres se décomposent comme suit :

4 phlegmons du membre sup. sur 10.
3 » » » infér. sur 8.
2 bubons axillaires sur 13.
4 inflammations purulentes des bourses olécraniennes ou prérotuliennes sur 10.
1 inflamm. pur. du sein sur 3.
1 » » du genou sur 3.

Le streptococcus semble en outre jouer un rôle important dans les complications puerpérales.

Pasteur et Doleris ont en effet observé souvent dans ces affections un microorganisme en chapelet, mais la description qu'ils en donnent est tout à fait insuffisante pour établir l'identité de leur microbe avec le streptococcus.

Il suffit de comparer la fréquence de ce parasite avec celle du staphylococcus pyogenes dont il a été question dans le numéro précédent, pour s'apercevoir de suite que ce dernier est beaucoup plus commun. Cette disproportion est surtout marquée dans les chiffres fournis par Garré et Hoffa. Le streptococcus entre dans les statistiques du premier pour 5 % seulement, dans celles du second pour 15 %.

De plus, tandis que certaines maladies sont communes aux deux agents morbides, il y en a d'autres, comme l'ostéomyélite aigue et le furoncle, qui appartiennent exclusivement au microbe en grappe.

Parmi les affections causées par le microbe en chapelet, les phlegmons et les pyémies constituent les deux plus importantes.

Les bactériologistes, qui ont fait des cultures avec le pus, sont d'accord pour constater que l'affection morbide présente des carac-

tères particuliers suivant l'espèce de microbe, staphylococcus ou streptococcus que l'on y rencontre. Ces différences sont même assez marquées pour qu'on arrive à diagnostiquer à l'avance presque sûrement l'espèce bactérienne à laquelle on a affaire. Le microbe en grappe produit des inflammations, soit superficielles, soit profondes, mais nettement limitées, et qui s'abcèdent rapidement. Le microbe en chaînette, au contraire, s'observe généralement dans des phlegmons superficiels, mal limités, à aspect érysipélateux et compliqués de lymphangite. L'évolution est plus lente; l'exsudat est d'abord formé de sérum, et le pus se montre plus tard, après une semaine environ. La guérison est aussi plus lente.

Les inoculations du streptococcus pyogenes sur animaux n'ont pas donné des résultats aussi brillants que celles fournis par le staphylococcus. Elles ont échoué entre les mains de plusieurs bactériologistes. Rosenbach est un de ceux qui ont le mieux réussi. Il a produit chez les lapins, au moyen d'une culture sur viande à l'abri de l'air, deux fois un abcès, une troisième fois une pleurésie, et enfin une quatrième une inflammation du genou, manifestée par de la rougeur et du gonflement. Quand on inocule le microbe à la pointe de l'oreille, on voit se développer, à l'endroit inoculé, une rougeur qui envahit peu à peu toute l'oreille, jusqu'à sa base, et qui de là s'étend sur la peau voisine. L'inflammation se dissipe après quelques jours sans aboutir à la formation de pus.

Que certains organismes pathogènes pour l'homme ne produisent aucun effet ou seulement un effet moindre chez les animaux, c'est un fait qui ne doit nullement étonner, car de même qu'un certain nombre de maladies sont l'apanage exclusif de certaines espèces animales et transmissibles seulement parmi les individus de ces espèces, de même d'autres sont particulières à l'espèce humaine et ne peuvent être communiquées à certaines catégories d'animaux, pas plus par des cultures pures que par les produits pathologiques bruts. Les résultats négatifs ou imparfaits ne prouvent donc rien.

C'est ici le lieu de parler du streptococcus erysipelatos, l'agent morbide de l'érysipèle, cultivé et inoculé avec succès pour la première fois par Fehleisen. Ce parasite présente en effet tant d'analogie avec le streptococcus pyogenes, qu'on discute encore la question de savoir si ces deux microbes ne forment pas deux variétés très rapprochées.

Au microscope, il est impossible de les discerner l'un de l'autre, et leurs cultures ne trahissent que des différences bien légères. D'après Rosenbach, les cultures du microbe de l'érysipèle, obtenues au moyen d'une strie sur une plaque de gélatine, sont plus frangées que celles du streptococcus pyogenes. On peut comparer celles-là à des feuilles de fougère, celles-ci à des feuilles d'acacia. D'après Hoffa les cultures du microbe pyogene présentent une nuance brune et sont plus épaisses au milieu, celles du microbe de l'érysipèle sont incolores et sont plattes avec ou sans épaisissement des bords. D'après Hajek, le premier se trouverait dans les tissus, non seulement dans les vaisseaux lymphatiques, mais aussi entre les faisceaux de tissu conjonctif. Von Eiselberg conteste l'exactitude de ce dernier fait. Enfin Passet, qui a eu à sa disposition, comme Rosenbach et Hoffa, des cultures de streptococcus erysipelatos provenant de Fehleisen lui-même, ne put constater aucune différence entre les deux organismes.

Ces divergences montrent en tout cas que, s'il faut admettre certaines différences, elles sont bien petites.

A propos de la répartition du streptococcus dans l'érysipèle, mentionnons que la présence de ces organismes dans les tissus précède la réaction inflammatoire. C'est ainsi qu'on les rencontre en grand nombre dans les parties saines qui confinent aux parties malades et qui le lendemain présenteront une poussée d'érysipèle. On les trouve encore en abondance à la périphérie des plaques érysipélateuses elles-mêmes; dans les parties atteintes depuis plus longtemps, ils ont disparu complètement, par contre on y observe une infiltration cellulaire très abondante.

Inoculé à la pointe de l'oreille d'un lapin, le streptococcus érysipelatos produit une rougeur qui gagne la base de l'oreille, pour s'étendre de là sur la peau voisine. Comme on le voit, l'effet produit est le même que celui du streptococcus pyogenes, ce qui établit une nouvelle analogie entre les deux parasites. Cette rougeur a de commun avec l'érysipèle chez l'homme, une marche envahissante; par contre elle s'en distingue par l'absence de tout gonflement. En réalité ce n'est qu'une hypérémie et non une inflammation proprement dite. Nous voyons ici encore un exemple d'un parasite humain, lequel, inoculé à des animaux, produit une affection d'une nature différente. Nous

avons dit plus haut à ce propos qu'on n'était nullement en droit de conclure à l'inocuité de l'organisme, et la question du microbe de l'érysipèle serait peut-être restée indécise, si on n'avait eu l'occasion de l'inoculer à l'homme lui-même et de produire chez lui des érysipèles tout à fait typiques.

Déjà au XVIIe siècle, on avait reconnu que l'érysipèle possédait certaines vertus curatives. Si un certain nombre d'entre elles sont peu fondées, son action sur le lupus, l'épithélioma, les kéloïdes, les carcinomes du sein et les tumeurs des ganglions lymphatiques ne peut être contestée. C'est ainsi que Busch a réussi à réduire considérablement un énorme lymphosarcome du cou, en faisant coucher le malade dans un lit, où les blessés gagnaient presque sûrement l'érysipèle. La maladie se déclara en effet, et la tumeur disparut à un petit noyau près, qui dans la suite malheureusement continua à croître.

Ces résultats engagèrent Fehleisen à essayer, à la clinique chirurgicale de Berlin, la guérison de certaines affections chirurgicales des inoculations au moyen de ses cultures.

La *première* fut faite sur une malade de 58 ans, porteuse, dans la région de la fesse gauche, de sarcomes multiples de la peau. Cinq inoculations superficielles au moyen d'une culture de 4e *génération*, furent pratiquées sur cette région. Le lendemain on observa de légers frissons, de la lassitude, de l'inappétence et de la céphalalgie; température du soir : 38,8. Comme symptôme objectif local un peu de rougeur aux endroits inoculés.

Le 3e jour, la fièvre avait disparu et l'état subjectif était normal, quand le 4e, il se déclara un frisson violent. La température était à ce moment à 40,5° et la région fessière gauche présentait une plaque érysipélateuse typique, nettement limitée, de la grandeur d'une paume de main. Celle-ci se trouvait séparée des endroits inoculés par une zone de peau saine, du moins en apparence, d'une largeur de 3 centim.

A partir de ce jour la maladie prit son cours normal avec des températures vespérales de 40° à 41,7°. La plaque, dans son plein développement, couvrit une surface de plus d'un pied carré.

Le 6e jour, il se déclara un collapsus grave, qui heureusement céda aux excitants. La fièvre ne disparut définitivement que le 15e jour. Les résultats, au point de vue de la régression des tumeurs, furent insignifiants.

Dans le *deuxième cas*, il s'agit d'une femme de 49 ans, opérée déjà trois fois pour un carcinome du sein droit et présentant une nouvelle récidive. A l'endroit malade, on constate plusieurs noyaux carcinomateux dont le plus grand mesure 5 à 6 centimètres de diamètre. Les inoculations sont pratiquées en cinq places, au moyen d'une culture de 9e *génération*. Le lendemain matin, le thermomètre indique 38°, et le même soir éclate un violent frisson. On constate une température de 40,5° et le sein présente une plaque érysipélateuse grande comme deux paumes de main.

Le 3e jour, l'éruption occupe toute la moitié droite du thorax, et dépasse en arrière la ligne axillaire.

Le 5e jour, il franchit en avant la ligne médiane, et s'avance en arrière jusque contre la colonne vertébrale. La malade se plaint de points de côtés; et l'examen des organes thoraciques dénote un léger exsudat à droite. Quant aux tumeurs, elles se sont manifestement affaissées.

7e jour. L'exsudat pleurétique remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. L'érysipèle dépasse la colonne vertébrale en arrière, et s'étend sur le sein gauche.

9e jour. Les tumeurs ont complètement disparu, à l'exception d'un point induré, gros comme une noisette et compris dans l'ancienne cicatrice.

11e jour. L'exsudat est résorbé. Il survient une nouvelle poussée d'érysipèle sur l'omoplate droit.

13e jour. L'éruption s'avance vers l'ombilic.

15e jour. Le processus s'arrête, la fièvre tombe définitivement. A l'époque où Fehleisen a fait sa communication, la guérison des tumeurs persistait. Nous ignorons ce qui est advenu dans la suite.

Troisième cas. Jeune fille de 8 ans. Récidive d'un sarcome intra-oculaire de l'œil droit. Inoculation avec une 14e *génération*, dans six éraillures. L'inoculation est suivie d'un érysipèle typique. Résultat curatif nul.

Quatrième cas. Carcinome disséminé du sein droit avec paquet ganglionnaire, chez une femme de 52 ans. Inoculation avec une 15e *génération*. Le lendemain frisson violent. L'érysipèle s'étend sur une partie du bras du même côté, et dépasse la ligne médiane vers la gauche de 10 centimètres.

Le 6e jour, on constate un exsudat pleurétique abondant à droite. La dyspnée devient tellement intense, qu'une ponction devient nécessaire le même jour. Nouvelle ponction les jours suivants. La fièvre disparaît le 15e jour. Résultat curatif incomplet, en ce sens qu'un certain nombre de noyaux carcinomateux se sont résorbés.

Cinquième cas. Jeune fille de 29 ans. Lupus étendu, à la face. Inoculation avec une 16e *génération*. Erysipèle. Guérison presque complète. Il ne resta plus que quelques nodosités qui furent enlevées à la cuillère.

Sixième cas. Carcinome du sein chez une femme de 40 ans, opéré déjà deux fois pour récidives. La récidive actuelle occupe les ganglions de l'aisselle et du cou. Inoculation avec une 17e *génération*. L'éruption couvrit toute la moitié correspondante de la poitrine en avant, la région axillaire du même côté et le bras jusqu'à la main. La fièvre dura 11 jours. Résultat curatif insignifiant.

Nous avons tenu à reproduire les observations précédentes au long, non seulement parce qu'elles ne manquent pas d'intérêt au point de vue du résultat obtenu, mais aussi et surtout parce qu'elles établissent d'une façon rigoureuse que le streptococcus erysipelatos est, non pas un vulgaire parasite qui profite d'un trouble de la nutrition pour se développer aux dépens de l'organisme, mais bien le facteur de la maladie dans toute l'acception du mot. La 14e, la 15e, la 16e et la 17e génération se sont montrées en effet aussi virulentes que la 4e.

Il est peu de maladies parasitaires de l'homme dont la nature microbienne soit établie sur des bases aussi solides.

J. DENYS.

INOCULATIONS ANTIRABIQUES INTENSIVES ET MORT PAR LA RAGE.

Sous ce titre, M. le docteur Peter, de Paris, a communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 4 janvier 1887, un cas de rage survenu, à Paris même, chez un individu inoculé par la nouvelle méthode *intensive*.

Un jeune homme de vingt ans, nommé Reveillac, est mordu à un doigt de la main par le chien de son patron. Ce chien, reconnu enragé par un vétérinaire, fut abattu peu de temps après.

Le jeune Reveillac se rendit le lendemain de la morsure chez un pharmacien pour se faire cautériser la plaie. Le pharmacien jugea qu'il était trop tard pour que la cautérisation fût efficace; on conseilla alors à Reveillac de se rendre au laboratoire de la rue Vauquelin, — où ont été transportées les installations de la rue d'Ulm, — ce qu'il fit le lendemain, c'est à dire quarante-huit heures après la morsure.

Au laboratoire, les inoculations furent pratiquées à la région des hypochondres, et suivant la nouvelle méthode *intensive*, dont M. Pasteur nous a donné la formule le 2 novembre dernier, Reveillac fut inoculé trois fois par jour, à neuf heures du matin, à quatre heures de l'après-midi et à neuf heures du soir. Les inoculations quotidiennes furent faites pendant douze jours consécutifs (1).

La santé resta parfaite jusqu'au dimanche 12 décembre exclusivement. Ce jour-là, Reveillac éprouva un symptôme prémonitoire d'une importance considérable, à savoir une *douleur*, qui bientôt devint constante, *au niveau de la cicatrice des piqûres des inoculations antirabiques*, et non pas au niveau de la cicatrice de la morsure du doigt.

Bientôt malaise général et sentiment d'extrême faiblesse. Sa sœur engage Reveillac à aller demander conseil et secours « à M. Pasteur »; et le malade lui répond : « Mais il faudrait pouvoir, et je ne le peux pas. »

La journée de dimanche passe ainsi dans l'immobilité et la tristesse.

Le lundi la faiblesse augmente; le malade ne peut quitter la chambre et prend à peine quelque nourriture.

Le mardi il s'alite définitivement. Le mercredi et le jeudi, 4e et 5e jours de la maladie, apparaissent les spasmes de la gorge, de l'impossibilité à avaler les liquides, puis, à d'autres moments, la déglutition de petites quantités de boisson pouvait se faire.

Il n'y a jamais eu de convulsion, mais de la faiblesse, puis de la *paralysie*. Le mercredi et surtout le jeudi on était obligé de tourner et de retourner le malade dans son lit, soit d'un côté, soit de l'autre, tant il était incapable de le faire. Son bras soulevé retombait aussitôt. Il parlait à peine, sinon pour dire de temps à autre : « Oh, ce chien ! » Et le jeudi, il a gardé un silence presque absolu.

Reveillac meurt ce même jeudi, six semaines après la morsure. Deux médecins ont vu le malade : le Dr Royer, le 14; il diagnostiqua une *fièvre rhumatismale;* — le Dr Texier, le 15 et le 16, jour de la mort, il crut à une *gastro-entérite grave* ou *péritonite*, suite de refroidissement.

(1) D'après les registres du laboratoire Reveillac n'a subi que dix-neuf, inoculations (Grancher).

Le Dr Miquel, appelé trop tard, ne trouve plus qu'un cadavre ayant une bave écumeuse à la bouche

Enfin, le médecin vérificateur des décès, M. Savornin, fils, inscrit comme cause de mort : *pneumonie*.

Tel est le cas de mort, dit M. Peter, chez un mordu inoculé suivant la nouvelle méthode intensive.

Il semble impossible, conclut-il, de ne pas être ici frappé de deux faits au moins :

Le premier, c'est que les *douleurs* prémonitoires se sont montrées non pas au niveau du doigt mordu, mais au *niveau des piqûres* faites par les *inoculations antirabiques*

Le deuxième, c'est que les symptômes n'ont pas été ceux de la rage ordinaire chez l'homme, puisque (à part le spasme œsophagien) les accidents dominants, au lieu d'être convulsifs, ont été *paralytiques*.

Ainsi parle M. Peter, insinuant, plutôt qu'affirmant, que Reveillac est mort de rage inoculée, et son discours soulève aussitôt une des plus violentes discussions qu'ait connues l'Académie. Cette discussion prit trois séances.

Pour M. *Dujardin-Beaumetz* rien ne démontre que l'homme, dont parle M. Peter, ait succombé à la rage. Beaucoup de symptômes rabiques, l'aérophobie, l'hydrophobie, la sputation continuelle n'ont pas été notées. La seule preuve certaine, indiscutable, de la rage chez l'homme et les animaux n'a pas été fournie, savoir : la transmission de la rage à d'autres animaux et en particulier aux lapins à l'aide des inoculations faites par le procédé de M. Pasteur avec le bulbe. Cette inoculation en effet aurait permis non seulement d'affirmer le diagnostic, mais encore de savoir à quelle rage l'individu avait succombé : si c'était celle du chien auteur de la morsure du doigt, ou bien encore celle du lapin, résultat des inoculations faites au laboratoire. En effet, M. Pasteur nous a montré que lorsqu'il s'agit de la rage du chien communiquée à l'homme, le bulbe inoculé à des lapins n'entraîne la mort de ces derniers qu'au bout de quinze jours à trois semaines, tandis qu'au contraire, lorsqu'il s'agit de la rage déterminée par les moelles de lapin rabique, la mort survient alors dans un délai de sept à huit jours.

Quant à la rage paralytique, elle est absolument exceptionnelle chez l'homme.

M. *Chauveau* ajoute que la rage paralytique n'est pas, comme le croit M. Peter, une rage de laboratoire, artificiellement créée chez le lapin et réinoculable comme telle à d'autres animaux, y compris l'homme. La rage originaire, communiquée par des morsures, est souvent paralytique. L'homme lui-même peut, à la suite d'une mor-

sure de chien ou de loup enragé, être pris de rage paralytique et succomber en l'absence de tout symptôme convulsif.

MM. Vulpian et Brouardel en citeront bientôt des exemples et l'un de ces exemples a le mérite d'être vieux de deux cents ans. En 1684 on n'a pas pensé l'écrire en vue de disculper M. Pasteur du soupçon particulièrement grave d'avoir donné la rage alors qu'il voulait la prévenir.

Si Reveillac est réellement mort de la rage, dit *M. Grancher*, parlant au nom de son maître, M. Pasteur, c'est un échec à ajouter à d'autres que compte malheureusement la méthode. Nous acceptons même, dit-il, la possibilité d'un accident par la vaccination antirabique. Toute méthode thérapeutique vraiment efficace doit toujours compter avec cette possibilité, à l'origine surtout, et quand toutes ses indications et contre-indications ne sont pas encore posées. La méthode de M. Pasteur ne serait pas humaine, mais divine, si elle échappait à cette loi.

Chacun de nos bien rares insuccès, ajoute-t-il, nous apporte des faits qui servent à notre instruction. Par exemple, nous croyons avoir remarqué que l'alcoolisme, le nervosisme et l'épilepsie sont des conditions défavorables, et, inversément, que le jeune âge est une condition favorable au traitement et à son succès.

Aujourd'hui nous graduons le traitement pour chaque malade en tenant compte des risques particuliers qu'il encourt de par ses morsures et de sa susceptibilité individuelle connue.

M. Dujardin-Beaumetz prend encore à partie M. Peter pour la phrase suivante prononcée dans la leçon d'ouverture de son cours clinique : « Les inoculations de M. Pasteur ont échoué misérablement, puisque, dans l'année qui vient de s'écouler, la mortalité par la rage a été égale à celle des années précédentes (50 cas de mort, dont 14 après inoculation et 16 sans inoculation). » Les chiffres de M. Pasteur, dit-il, sont un peu différents : 12 seraient morts après inoculation, 17 sans inoculation. Mais ces chiffres sont bien différents, si on les rapporte au nombre des personnes atteintes : la mortalité de 14 personnes selon M. Peter, de 12 selon Pasteur, se rapportant, en effet, à 1700 vaccinés, et le chiffre de 17 se rapportant à un nombre très infime de personnes mordues. Il rappelle à ce propos — et avec raison, croyons-nous — les paroles prononcées autrefois par M. Trélat, lors de cette autre discussion fameuse sur le chloroforme.

Que l'on mette dans les plateaux d'une balance, d'une part, le nombre de personnes que le chloroforme a permis de sauver, et de l'autre le nombre si restreint des individus qui ont succombé à la chloroformisation et l'on verra alors bien nettement l'énorme bénéfice que l'on doit à cette méthode.

Cependant M. Peter, stimulé par l'attaque et encouragé par de nouvelles informations, élargit sa thèse et accentue sa riposte : à la séance du 11 janvier, il affirme catégoriquement que Reveillac n'est pas mort de la rage du chien, mais d'une affection qui rappelle la rage expérimentale.

Douleur au niveau des points d'inoculation et non du doigt mordu;

Forme paralytique de la maladie, et non forme convulsive furieuse et délirante;

Impossibilité de cracher et difficulté d'avaler, au lieu de la sputation et de l'hydrophobie;

Cécité pendant les dernières heures de la vie, au lieu de l'acuité de la vision, etc., etc.

Voilà, dit-il, pourquoi les médecins qui l'ont vu vivant n'ont pas pu faire de diagnostic exact; il n'en faut pas accuser leur ignorance: ils se trouvaient en présence non pas d'une maladie *naturelle*, mais d'une maladie *artificielle*.

L'orateur ajoute maintenant au cas de Reveillac ceux de l'enfant Rouyer à Paris, de Soudini à Constantine, de Née à Arras, de Gérard à Boran et de Létang à Gourgeon.

L'*enfant Rouyer* est mordu au bras, à travers son pardessus par un chien inconnu, le 8 octobre, et traité pendant douze jours à l'institut de M. Pasteur, à partir du 20.

Le 23 novembre, il reçoit d'un de ses camarades un coup dans les reins; il ressent dès lors une douleur assez vive dans cette région, avec irradiations dans les parois abdominales.

Trente six heures après, la maladie éclate : un certain abattement d'abord, un collapsus ensuite, de la fièvre, symptômes paralytiques du côté des muscles du thorax, du larynx, du pharynx. Pas d'hydrophobie.

Le malade accepte à boire, mais ne peut avaler les boissons s'écoulant par les commissures des lèvres. Pas d'hypéresthésie cutanée ni sensorielle. L'enfant meurt le lendemain à 5 heures.

Il est vrai que, après autopsie, M. Brouardel conclut à une albuminurie avec mort par accidents urémiques. Mais M. Peter conteste ce diagnostic *post mortem* basé presque exclusivement sur la présence de l'albumine dans l'urine d'un cadavre. Toutefois, le bulbe rapporté au laboratoire de M. Pasteur, 48 heures après la mort, n'a pu communiquer la rage aux lapins inoculés.

Soudini Bernard (1), terrassier, âgé de quarante-six ans, mordu à

(1) Observation de M. Auguste Nicolas, interne de M. le Dr Leroy, à l'hôpital de Constantine.

la jambe, le 12 octobre 1886, part pour Paris le 16, et est inoculé trois fois par jour à partir du 21. Dans les onze jours suivants, seize autres piqûres.

Les morsures deviennent douloureuses le 9 novembre, les *régions inoculées*, le 20. Le 23, *courbature générale*, inappétence. Les yeux sont hagards et la parole un peu difficile, *sentiment léger de répulsion pour les liquides*. Pas de fièvre. Température 38°2.

Vers quatre heures du soir, respiration gênée, au point de produire un afflux de mucosités, difficiles à expectorer, dans les bronches. *Emphysème pulmonaire*. Gargouillements intestinaux, sentiment de répulsion pour les liquides très prononcé. *Urines albumineuses*.

L'oppression continue jusqu'à 6 heures du matin, heure à laquelle le malade succombe

Pour M. Peter, l'apparition des douleurs prodromiques de la rage d'abord au point mordu, ensuité aux points inoculés, indique que deux virus se réveillant et *collaborant*, le virus canin et le virus expérimental, ont provoqué la rage et ont évolué simultanément mais indépendamment, l'un produisant des symptômes d'hypéresthésie et l'autre des phénomènes paralytiques.

Léopold Née (1), âgé de 43 ans, mordu le 12 décembre par son propre chien également à la jambe. Un vétérinaire consulté déclare, après autopsie du chien, qu'aucun fait ne l'autorise à penser que ce chien était enragé.

Ici M. Vulpian objecte que le bulbe de ce chien inoculé aux lapins a fait mourir ces bêtes de la rage.

Cependant Née se rend à Paris, le 17 novembre et y reste onze jours, pendant lesquels il subit 22 inoculations, et jusqu'à trois en un seul jour.

Dans la nuit du 10 au 11 décembre il eut des vomissements abondants de matières glaireuses, qui continuèrent un peu les jours suivants ; il éprouva ensuite de *vives douleurs au niveau des piqûres d'inoculation*, douleurs qui s'*étendaient dans la région lombaire* pour remonter *le long du rachis* et qui persistèrent jusque vers les derniers jours. Le malade se plaignit aussi d'une grande fatigue, il était triste et se trouvait dans un état nerveux qui lui fit dire qu'il ressentait *la même chose qu'après ses inoculations* (éblouissement, sentiment de faiblesse), et qu'il ne résisterait pas à ce mal.

Aucune douleur au niveau de la morsure du chien ni dans le *membre correspondant*.

Un médecin appelé le 13 août crut d'abord, avoir affaire à un *lumbago*, et quelques jours après à une *myélite*.

(1) Lettre du Dr Germe, d'Arras.

Les phénomènes signalés plus haut furent bientôt accompagnés et suivis d'une grande gêne dans la respiration, d'une sensation de poids au niveau de la partie antérieure de la poitrine, et de *sputation*; la parole devint brève, interrompue par des mouvements respiratoires volontaires et entrecoupées; des *convulsions* se manifestèrent dans les *muscles* de la *face*, qui était très altérée; dans ceux du *thorax* et des *membres supérieurs*; le sommeil était agité, troublé par des cauchemars; la peau, sensible au froid, était chaude et toujours couverte de sueurs excessivement abondantes. Il n'y eut pas de *convulsions genérales*, ni d'*hydrophobie*. La déglutition se faisait assez facilement, excepté dans les deux derniers jours.

Le 16, deux médecins furent adjoints au premier. En présence de la gravité des phénomènes morbides, ils se demandèrent s'il s'agissait d'une *myélite* ou d'accidents *consécutifs aux inoculations*.

Bientôt les phénomènes *paralytiques* se manifestèrent, la *vue* se troubla pour s'*abolir* complètement; la respiration devint de plus en plus embarrassée, accompagnée d'un *écoulement abondant de salive* au niveau des commissures, et le malade mourut le 17 décembre, vers onze heures du soir.

Gérard Amédée, de Boran (Oise), âgé de 28 ans, est mordu gravement à la main, le 1 décembre, par un chien enragé. On cautérisa immédiatement la plaie et le lendemain matin, 2 décembre, Gérard partit pour Paris, où, pendant douze jours, il subit les inoculations selon la *dernière* manière.

Vers le 29 décembre, cet homme se sentit pris d'un étrange malaise, avec douleurs de tête, faiblesse, étourdissement, accusant en outre une *douleur sourde* à la place où il avait été *inoculé*. Il refit encore le voyage de Paris, mais, renvoyé aussitôt, son état s'aggrava en route à tel point que, à son arrivée, on dut le transporter chez lui, où il mourut le 3 janvier.

Pendant les quelques jours qu'il a souffert, le malade s'est plaint constamment d'atroces *douleurs dans le ventre* et d'une rétention d'urine, qui nécessita le sondage.

Il n'a pas eu de convulsions ni l'*horreur des liquides*, puisque, une demi-heure avant de mourir en pleine connaissance, on lui fit boire un peu de bouillon et de l'eau de Lourdes.

Il n'a présenté qu'un seul symptôme typique de la rage ordinaire qui consistait en une sorte de crachotement continuel et bruyant, produit par une constriction de la gorge.

Le sieur Letang, de Gourgeon (1), tailleur de pierre, mordu grièvement au pied le 3 novembre. Départ pour Paris le 7, retour le 21.

(1) Lettre du Dr Lithoy au Dr Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Le 2 décembre, douleurs violentes dans les côtés, au niveau des endroits où avaient été faites des inoculations antirabiques, puis dans la tête, les reins et tous les membres.

Le 7, paraplégie totale, avec anesthésie à peu près complète des membres inférieurs, jusqu'à la ceinture, mais douleurs spontanées; faiblesse considérable. Hallucinations passagères de l'ouïe. Ni difficultés de déglutition, ni délire, ni accès convulsifs.

Le 8, mort à cinq heures du soir.

Les quatre observations de Rouyer, de Reveillac, de Sondini et de Née ont entre elles d'incontestables *traits de parenté* : *début* de l'affection le 46e jour (Ronyer), le 37e jour (Reveillac), le 39e (Sondini), le 38e (Née); *Durée* de l'affection, 1 jours (Rouyer), 4 jours (Reveillac), 3 jours (Soudini), 7 jours (Née). — Enfin *nature nerveuse* de l'affection avec prédominance de phénomènes paralytiques.

Or, conclut M. Peter, impossible de ne pas se rappeler ici que c'est aux alentours du 40e jour que se développe ordinairement la rage classique; qu'elle dure de 3 à 5 jours; que ses symptômes sont d'ordre nerveux, mais convulsifs et non paralytiques.

Or ce sont maintenant les accidents paralytiques que l'on observe après les inoculations intensives dans l'énorme proportion de *quatre fois sur cinq cas* — (les quatre cas cités, plus celui de Jansen (1) de Dunkerque, mort de rage convulsive 132 jours après les morsures et 130 jours après les inoculations intensives) — et j'ajoute de *dix fois sur sept* en comptant Gérard (de Boran) et Létang (de Gourgion), les accidents convulsifs de la rage classique n'ayant été observés qu'*une fois sur cinq* ou plutôt *une fois sur sept*.

L'orateur rappelle les travaux de von Frisch, de Vienne, et fait ressortir en quoi ces travaux concordent pour certains résultats avec les expériences de M. Pasteur, et en quoi, pour certains faits, ils leur sont contradictoires. Nos lecteurs ont trouvé dans le numéro précédent le résumé de ces travaux, ils l'auront constaté eux-mêmes.

D'ailleurs, continue M. Peter, j'ai reçu d'Italie des renseignements absolument confirmatifs de ceux de Vienne. En Italie, comme à Vienne, les inoculations *intensives* pratiquées sur des lapins par deux professeurs italiens, *deux heures seulement* après infection par trépanation, non seulement n'ont pas préservé ces lapins, mais ont accéléré chez eux le développement de tous les symptômes caractéristiques de la rage et les ont fait mourir *plus tôt* que les lapins témoins infectés par trépanation avec le même virus.

(1) Lettre du médecin-major de première dlasse Cornès, médecin de l'hôpital militaire de Dunkerque, à M. le professeur Peter.

M. Peter se défend énergiquement de ne pas avoir des éloges pour les belles expériences physiologiques qui ont conduit M. Pasteur à cette médication, que seule, en sa qualité de médecin, il se permet de critiquer. Il admet comme établi, par des expériences physiologiquement incontestables, que les inoculations antirabiques avec les moelles de lapin desséchées constituent, chez les animaux, un moyen préventif *avant* morsure, c'est à dire avant l'introduction, dans l'organisme vivant, du virus rabique naturel. Mais il estime que les mêmes inoculations antirabiques, chez l'homme, après morsure, ne préviennent pas la rage et peuvent même la provoquer, par elles-mêmes, quand elles sont faites d'après la nouvelle méthode *intensive*.

Pour *M. Vulpian*, le nombre des cas cités par M. Peter est bien petit pour démontrer, *hic et nunc*, que les inoculations antirabiques sont périlleuses et peuvent déterminer la mort Les douleurs au niveau des piqûres constituent un argument de peu de valeur pour l'établir. La rage éclate assez souvent chez les individus mordus sans qu'il y ait aucune douleur au niveau des morsures qu'ils ont subies et, d'autre part, nous ne savons pas si dans certains cas des blessures banales ne deviennent pas douloureuses dans ces conditions, au moment où les symptômes de la rage vont débuter.

J'attacherais peut-être, dit-il, un peu plus d'importance, avec notre collègue, aux phénomènes paralytiques, si nous connaissions mieux la rage, si nous savions, de science certaine, que la rage, chez l'homme, ne produit jamais de paralysie. Mais nous n'avons que des notions très imparfaites sur la rage de l'homme. Une foule d'observations se perdent non publiées. Notre expérience personnelle, celle que chacun de nous peut avoir, est très limitée.

D'ailleurs, il existe, dès à présent, des faits de forme paralytique de la rage, chez l'homme.

Pizzolo (Angelo), de Padoue, âgé de soixante et onze ans, a été mordu par un chien suspect, le 20 août 1886, en même temps que trois autres personnes. Il vient au laboratoire de M. Pasteur, le 30 septembre, après que deux des personnes mordues étaient mortes de la rage : il est accompagné d'une femme, la quatrième personne mordue. On reconnaît une plaie cicatrisée sur le dos de la main gauche et une plaie contuse à la cuisse. Dès le jour de son arrivée, Pizzolo se plaint de ressentir des douleurs au niveau de la cicatrice de la main. On commence néanmoins les inoculations préventives.

Le 1er octobre, sept jours après le début, Pizzolo éprouve un affaiblissement au bras mordu ; la main et l'avant-bras deviennent insensibles.

Le 2 octobre, hydrophobie et aérophobie. Dans les dernières heures de la vie, des érections. Le malade meurt le 3 octobre.

Clerjot mordu au bras gauche le 18 août, a reçu du 11 août au 23 un traitement *simple* allant de la moelle de quatorze jours à la moelle de deux jours.

Le 13 octobre, il est pris subitement d'une douleur sourde dans l'épaule et dans l'aisselle du côté gauche, avec légers fourmillements dans l'auriculaire et l'annulaire du même côté. Les morsures sont douloureuses, surtout à la pression : le lendemain, vers cinq heures du soir, il éprouve dans la jambe, jusqu'au genou, une douleur sourde, et, en même temps, il se plaint de nausées et d'anorexie. La marche est devenue tout à fait impossible : ses jambes plient sous lui et, pour se rendre à sa chambre à coucher, au premier étage, il monte l'escalier à genoux. Le lendemain l'aérophobie, l'hydrophobie et les suffocations apparaissent; il y a de l'hypéresthésie de l'odorat, de l'anhélation et un peu de dysphagie : le tableau de la rage est complet. Une accalmie survient pendant les journées du 15 et du 16 octobre : Clerjot peut boire, manger et fumer; la faiblesse paralytique persiste; il y a des érections avec éjaculations, des douleurs lancinantes de la verge et picotements à l'extrémité du canal de l'urèthre.

Le 17 octobre la paralysie a gagné le tronc : il faut soutenir Clerjot sous les aisselles, pour lui faire faire quelques pas et le mettre au lit. Les phénomènes bulbaires sont moins prononcés.

Pendant la nuit du 17 au 18 octobre, on constate du délire, de l'agitation : la mort a lieu à deux heures du matin.

Après la mort, le bulbe fut pris et inoculé, par trépanation, à des lapins. Ces lapins moururent au bout de *quinze* jours, par conséquent de la rage canine comme Clerjot lui-même.

Milowanoff (1), quarante-neuf ans, mordu, le 6 novembre, à la face et au crâne par un loup enragé; — inoculé par la méthode intensive le 11 décembre; — le 16 décembre, fièvre et paraplégie; les jours suivants, parésie du bras droit et de la face du côté droit. Pendant les deux derniers jours, le malade devint agité, anhélant; mais il n'a pas éprouvé d'autres symptômes bulbaires, car il a mangé et bu jusqu'au jour de sa mort.

Il est clair, dit M. Vulpian, que le traitement (de cinq jours seulement) n'a pu avoir aucune influence sur la forme des accidents, à moins qu'on n'admette la possibilité de la production de la rage après inoculation, sans période d'incubation.

Le bulbe inoculé a donné la mort aux lapins après *quinze* jours.

La femme *Gichariwa* (2), quarante-quatre ans, mordue à la face par

(1) Communication du Dr Gamaleïa, directeur-adjoint de l'Institut bactériologique d'Odessa, chef du service de la rage de cet Institut.

(2) Idem.

le même loup et traité en même temps que Milowanoff, commence sa maladie *deux* jours seulement après le commencement des inoculations. Symptômes : fièvre, courbature générale, paralysie du côté droit de la face et du bras droit La mort eut lieu au bout de quarante-huit heures. Dans les dernières heures il y eut de l'hydrophobie.

Chagowitch (1), âgé de douze ans, fut mordu par un chien enragé, le 28 août, au bras droit. Il tombe malade le 4 octobre. La maladie débute par de la fièvre, de l'insomnie et une paralysie du bras droit. On le conduit à l'institut bactériologique d'Odessa le 7 octobre. Du 4 au 7, il avait mangé et bu comme dans son état normal. Le jour même de son arrivée au laboratoire, on constate outre la paralysie du bras droit, une parésie des jambes et de la moitié de la face en même temps que de l'anhélation et de la respiration suspirieuse. En présence de ces symptômes on ne lui fait aucune inoculation. La température était de 39 degrés. Sous les yeux des médecins, la paralysie a suivi une marche ascendante; elle a gagné le tronc et Chagowitch était dans l'impossibilité de se tenir dans son lit : il tombait à droite ou à gauche si on ne le soutenait pas; il ne pouvait même pas se tourner seul du dos sur un côté. Jamais ce jeune malade n'a présenté des convulsions ni d'hydrophobie : il n'y a eu un peu de délire et de dysphagie que le dernier jour de sa maladie.

La rage dans ce cas a eu une durée de huit jours, et, comme on le voit, elle s'est montrée sous une forme franchement paralytique.

Saitschik (2) encore, sans qu'on lui ait inoculé une moelle virulente, meurt dix-sept jours après la morsure, après deux jours de maladie sans hydrophobie ni convulsions, au milieu des symptômes d'une faiblesse musculaire générale.

Dans le cas rapporté par le Dr Saussobe (3), quatre mois après morsure, il y eut encore parésie du bras.

Enfin le jeune *W. R.* (4), âgé de 17 ans, mordu par un écureuil quelques mois auparavant, fut pris de violentes douleurs abdominales et sternales, de douleurs dans les jambes et les cuisses. Deux jours après, il eut de dysphagie et entra à l'hôpital. Les douleurs abdominales persistent et s'accompagnent d'une perte partielle de la puissance motrice des deux jambes.

Le lendemain, délire, crachotements, dysphagie et hydrophobie. La paraplégie est complète.. Mort le huitième jour.

Voilà un certain nombre de faits qui démontrent que la rage peut

(1) Idem.
(2) Idem.
(3) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Montpellier, du 2 janv. 1866.
(4) *Boston medical and surgery Journal* 1887.

se manifester chez l'homme sous forme d'accidents paralytiques médullaires ou bulbo-médullaires ou même cérébro-bulbo-médullaires. Tantot ces accidents constituent les symptômes principaux et la maladie se termine par la mort sans que la maladie ait présenté de l'hydrophobie, de la dysphagie, du délire, des convulsions spasmodiques; tantôt, à un moment ou à un autre de l'évolution de l'affection rabique à forme paralytique, on voit se manifester les symptômes que nous considérons comme les plus caractéristiques de la rage.

Le virus rabique du lapin, inoculé à des chiens, ne donne pas davantage, *d'une façon constante*, la rage paralytique : ce virus donne tantôt la rage paralytique, tantôt la rage furieuse, comme le fait le virus du chien lui-même, inoculé à un chien.

Complétant, par des observations nouvelles, l'étude de la rage chez l'homme, la clinique seule peut contribuer à éclaircir la question.

D'ailleurs déjà bien avant aujourd'hui, ainsi que le rappelle, pour terminer, M. Brouardel, M. Roux a exprimé la même opinion dans sa thèse inaugurale écrite en 1883.

L'observation, disait M. Roux, de ces étranges manifestations rabiques montre que la rage est encore plus variable dans son expression qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, et il est difficile de se défendre de l'idée que bon nombre de cas de rage sont méconnus; des cas analogues à ceux que nous venons de décrire (rage médullaire paralytique), doivent se rencontrer dans la pratique. C'est aussi l'opinion du professeur Nocard. On n'a décrit jusqu'ici que les symptômes cérébraux et bulbaires de la rage. Mais cette affection peut avoir autant d'expressions qu'il y a de fonctions diverses dans les centres nerveux. L'irritation de l'écorce grise de l'encéphale se traduit par l'agitation et la fureur. Celle du bulbe par la raucité de la voix et la difficulté de déglutir; qu'un autre point de la masse encéphalique ou de la moelle soit pris le premier, des paralysies, des excitations de l'appareil génital, et le virus, se propageant le long du cordon médullaire, atteindra toute la moelle épinière et le bulbe, arrêtera la respiration et le cœur avant que le cerveau ait été envahi, ou, s'il a été déjà envahi, il n'aura pu traduire sa souffrance, tous les muscles étant déjà paralysés. Nous pensons donc qu'aux formes cérébrales et bulbaires déjà décrites, il faudra joindre les formes médullaires que nousvenons d'esquisser.

E. V.

NOUVELLES NOTES DE M. PASTEUR SUR LA RAGE.

Le premier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur* vient de paraître. Les noms de MM. Duclaux, Chamberland, Grancher, Nocard,

Roux et Straus, réunis en un comité de rédaction, sont une garantie de la haute valeur du nouveau recueil. Ce premier numéro contient des notes inédites sur la rage, adressées à M. le professeur Duclaux, sous forme de lettre, par M. Pasteur. Voici, d'après la *Revue scientifique*, les points essentiels de cette communication du célèbre savant français.

A l'appui de ses propres résultats, M. Pasteur donne les résultats, non moins probants, obtenus dans les instituts antirabiques de l'étranger, où les insuccès sont en petit nombre et dont plusieurs même n'ont pas, jusqu'à ce jour, un seul cas de mort à déplorer.

M. le Dr Bujivid (de Varsovie) écrivait, à la date du 22 novembre, qu'il avait soigné 84 mordus et que tous allaient bien.

Le laboratoire antirabique du prince Alexandre d'Oldenbourg, à Saint-Petersbourg, avait déjà traité 118 personnes le 8 novembre. Le traitement n'avait été inefficace que pour un vieillard de soixante-dix ans, porteur de graves blessures aux mains, et chez lequel la durée de l'incubation du mal fut de vingt jours seulement.

A la date du 26 octobre dernier, M. le Dr Petermann (de Moscou) écrivait que sur 112 mordus qu'il avait traités, il avait eu seulement 2 morts, et que, pour chacun de ceux-ci, la maladie s'était déclarée avant la fin du traitement

A l'institut d'Odessa, depuis le 23 juin jusqu'au 13 décembre, on a traité en tout 325 mordus, sur lesquels il y a eu douze morts. c'est à dire un peu moins de 4 pour 100. Mais il est bon de faire remarquer d'abord qu'il s'agit ici d'un pays où les morsures par animaux enragés sont très souvent mortelles, et ensuite que cette statistique comprend une série défectueuse de 101 cas sur lesquels il y a eu 7 insuccès, série qui ne se reproduira plus.

A Naples, M. Catani, directeur de l'institut antirabique, avait, jusqu'au 29 janvier, vacciné 78 personnes. Parmi celles-ci, 69 déjà avaient terminé leur traitement, et toutes se portaient parfaitement bien.

M. le Dr Ullmann, qui dirige l'institut antirabique de Vienne, a déjà traité 96 mordus, sans aucun insuccès.

M. le Dr Parchensky, chef du laboratoire antirabique de Sainara (Russie), écrit que, du 27 juillet 1886 au 1r novembre suivant, il avait traité 47 personnes, dont une seule a succombé.

Après avoir donné ces renseignements statistiques, M. Pasteur aborde la question de *l'immunité*, faisant observer d'ailleurs que le point exigerait de sa part de nouvelles expériences. Quoi qu'il en soit, et se basant sur celles qu'il a déjà faites, M. Pasteur pense que la vaccination n'est pas due à l'action d'un virus atténué, mais bien à celle d'une matière vaccinale qui serait associée au microbe rabique,

celui-ci gardant sa virulence propre, intacte, dans toutes les moelles en dessication, mais s'y détruisant progressivement et plus vite que la matière vaccinale.

M. Pasteur appuie cette opinion sur les faits suivants :

D'abord, vient-on à reprendre du virus sur les lapins de durée d'incubation retardée, même pendant un mois et davantage, on retombe constamment sur des rages à incubation de sept jours, si l'on inocule ce virus par trépanation à de nouveaux lapins. Les moelles mises en dessication à 23-25° ne contiennent donc pas des virus de plus en plus faibles selon la durée de la dessication ; mais leur virulence obéirait seulement à la loi de la durée variable de l'incubation par des quantités de plus en plus petites d'un virus qui ne changerait pas.

D'autre part, toute méthode d'inoculation de la rage, à l'exception toutefois du procédé par trépanation, donne lieu quelquefois, souvent même, à un état réfractaire à la rage, sans aucune apparence de maladie rabique atténuée. Or cet effet ne se comprend il pas mieux par l'existence d'une matière vaccinale accompagnant le microbe rabique que par une action de ce microbe?

De plus, dans certaines expériences, des chiens furent inoculés par injection sous la peau de 10 seringues d'un virus très virulent de 122e passage de lapin à lapin, et ils furent d'emblée rendus réfractaires à la rage! « Comment, dit M. Pasteur, la grande quantité de microbes rabiques introduite sous la peau n'irait-elle pas se cultiver ici ou là dans le système nerveux, si en même temps ne se trouvait pas introduite une matière allant plus vite à ce système et plaçant celui-ci dans un état où il ne peut cultiver le microbe? »

Si, par contre, l'inoculation par trépanation provoque la rage dans tous les cas, et non un état réfractaire, c'est que le virus est immédiatement mis en contact avec la substance nerveuse, et surtout que l'inoculation sous la dure-mère n'introduit jamais qu'une quantité très minime de virus, et par suite de matière vaccinale, insuffisante à produire l'état réfractaire, tandis que sous la peau les quantités introduites sont toujours beaucoup plus sensibles.

Les morsures par chiens enragés faites à d'autres chiens ne communiquent pas toujours la rage. Or ces morsures ne peuvent introduire dans l'inconnu que des quantités faibles et de virus, et de matière préservatrice. Aussi arrive-t-il que les chiens mordus qui ne sont pas devenus enragés ne sont nullement devenus réfractaires à la rage.

Enfin, de nombreuses expériences, faites afin de rechercher si la rage ne se déclarerait pas plus souvent par des inoculations de quantités de virus relativement faibles que par des inoculations de quantités plus grandes, ont donné à M. Pasteur des résultats dont le sens peut

être formulé ainsi : 1° la rage a paru se déclarer à la suite d'un quart de seringue plus fréquemment que par une ou plusieurs seringues; 2° si la rage ne se montrait pas, l'emploi des grandes quantités conduisait plus souvent à l'état réfractaire que les petites quantités.

Il est évident qu'une épreuve décisive consisterait à obtenir, par la dessication, des moelles qui, absolument dépourvues de virulence, seraient encore capables de déterminer l'état réfractaire. Or, à plusieurs reprises, il est arrivé à M. Pasteur d'obtenir des séries de moelles dont aucune, inoculée par la trépanation aux lapins, n'a donné la rage, même après deux et trois mois d'attente, et qui néanmoins ont produit l'état réfractaire chez des chiens et des cobayes auxquels on les a inoculées. Il semble donc bien que ce microbe a perdu sa virulence, dans ces cas, avant que la matière vaccinale ait perdu elle-même sa vertu préservatrice.

M. Pasteur termine sa lettre en donnant quelques chiffres au sujet de la durée de l'immunité chez les chiens vaccinés. A la fin de la première année, l'inoculation critère par la trépanation du virus de la rage des rues a donné la rage à 3 chiens sur 14. A la fin de la seconde année, 4 sur 6 ont résisté à la même opération, et encore un des deux qui l'ont prise devait-il être partiellement vacciné, la rage ne s'étant déclarée chez lui que le 28e jour après la trépanation. Pour l'autre, c'a été le 21e jour. « Tous deux, peut-être, dit en terminant M. Pasteur, auraient pu recevoir impunément des morsures de chien rabique. Pour les quatre réfractaires, la chose, nous le savons, est établie. »

E. V.

—

LES CANTHARIDES CONTRE LA RAGE.

Nous avons déjà relaté plusieurs cas de morsures rabiques heureusement traitées par les cantharides. Un médecin russe, le Dr Lukomskji, vient d'ajouter à la série quelques nouveaux exemples fort instructifs.

Dans les années quarante, deux loups enragés, descendus dans un village du gouvernement de Pultawaschen, avaient mordu six personnes, entre autres une petite fille de 8 ans, qui n'avait pas tardé à succomber à ses blessures quelques heures après l'accident. Des cinq mordus survivants, quatre blessés à la face et aux extrémités, avaient été soumis au traitement suivant : à prendre, deux fois par jour, 0,03 grammes de cantharides et 0,06 gr. de calomel, — demi-dose pour les enfants, — en sus, journellement, deux verres d'une infusion de *flor. genistæ tinctoriæ* et de *rad. spirææ ulmariæ*. Le traitement avait duré deux semaines. Si, pendant la durée de ce traitement, il se

manifestait ou une sensation de brûlure dans l'urèthre ou du ténesme vésical, la poudre de cantharides était momentanément supprimée, pour être reprise aussitôt après que ces complications avaient disparu. A côté du traitement interne, comme traitement externe, on avait appliqué sur les plaies un emplâtre aux cantharides, afin d'entretenir la suppuration pendant un certain temps. Les quatre personnes ainsi traitées avaient guéri. La cinquième, qui avait refusé de prendre les cantharides, était morte de la rage.

Quelques années plus tard M. Lukomskji eut à traiter un petit garçon de 10 ans, mordu par un loup enragé. Il appliqua le même traitement et fut assez heureux pour le sauver.

Dans les années soixante, nouvelle occasion pour M. Lukomskji d'essayer ce traitement. Cette fois là deux paysans avaient été mordus par un chien enragé. Le traitement aux cantharides empêcha la rage d'éclater. E. V.

—

SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA CYSTITE, par le Dr L. CASPER (*Therap. Monatshefte*, 1 et 2, 1887).

Le traitement de la cystite constitue un des problèmes les plus difficiles de l'art de guérir. La connaissance de l'étiologie y joue un rôle des plus importants. Une cystite, due à un refroidissement, par exemple, doit être traitée autrement qu'une cystite produite par une affection de la prostate, quoique dans les deux cas la symptomatologie présente une grande ressemblance. Outre l'étiologie, il faut encore tenir compte de l'état aigu ou chronique de l'inflammation, de sa localisation (cystite du col ou du corps, cystite catarrhale ou parenchymateuse, etc.), et de son étendue. Ce n'est qu'après avoir fait un diagnostic complet, que l'on peut avoir une idée précise de la nature de l'affection dans les cas particuliers.

Prophylaxie de la cystite. Une bonne prophylaxie permet d'éviter bien des causes d'inflammation de la vessie, telles que les traitements irrationnels de la blennorrhagie, l'introduction dans la vessie d'instruments mal désinfectés, l'usage de bière jeune et incomplètement fermentée, l'administration imprudente des cantharides, etc.

On apportera donc le plus grand soin à la désinfection des instruments au moyen de l'acide phénique de 3 à 5 %; les bougies élastiques peuvent être conservées sans inconvénients dans une solution de sublimé au 1/1000. Dans le traitement de la blennorrhagie, on fera toujours les injections après la miction et en évitant toute pression exagérée. Enfin pour ce qui regarde les vésicatoires, on évitera de les laisser en place une fois la vésication obtenue, car c'est alors que la cantharidine se laisse le plus facilement absorber.

Traitement de la cystite aigue.

Nos remèdes contre la cystite aigue se classent en 3 groupes : 1° les *antiphlogistiques*, 2° les *calmants*, et 3° les *modificateurs*.

1° Le meilleur traitement *antiphlogistique* consiste en une application de sangsues au nombre de 3 à 8 sur le périnée, autour de l'anus, ou au dessus du pubis. Cette application peut être renouvelée une ou plusieurs fois. Comme dérivatif, on administre un purgatif léger, sans toutefois recourir aux purgatifs salins, ceux-ci exerçant sur la muqueuse une action irritante.

2° Parmi les *calmants*, se placent en premier lieu les bains chauds. Ils diminuent la douleur, et le besoin d'uriner. On pourrait croire en théorie que les bains de siège chauds doivent aggraver l'inflammation par la congestion qu'ils déterminent vers les organes du petit bassin; en pratique, ces craintes ne se réalisent pas. Les bains de siège chauds exercent au contraire la même action bienfaisante que les bains généraux et ils ont sur ces derniers l'avantage de pouvoir être pris plusieurs fois par jour. Dans l'intervalle des bains, on recourt, également dans le but de calmer, aux cataplasmes chauds ou aux enveloppements de Priessnitz.

Quand ces moyens restent impuissants, on administre les narcotiques. Ceux-ci, en diminuant l'intensité et la fréquence des contractions vésicales, agissent d'une manière favorable, non seulement sur les symptômes, mais également sur l'inflammation elle-même. On préférera l'administration par le rectum à celle par la bouche. On peut prescrire de petits lavements avec 15 gouttes de teinture d'opium au minimum, ou, ce qui vaut mieux encore, des suppositoires de morphine (chlorhydr. de morph. 0,01 à 0,015 gr., beurre de cacao, 2 gr.). Les suppositoires de belladone sont d'un effet incertain. Quand les douleurs sont très vives, les injections sous-cutanées de morphine procurent un soulagement des plus rapides.

De plus, on défendra tous les aliments qui irritent la muqueuse vésicale, entre autres les mets salés et les épices. Les boissons alcooliques, n'importe sous quelle forme, ne seront permises que comme stimulants, quand il existe une dépression profonde.

3° Les modificateurs, comme la résorcine, l'acide phénique, le salicylate de sodium, l'acide benzoïque et la quinine, n'ont pas répondu aux espérances qu'on avait fondées sur eux.

Dans quelques cas spéciaux, le traitement comportera en outre l'extraction des corps étrangers, des fragments de calculs, etc.

Chez les goutteux on prescrira les eaux alcalines de Vichy, de Neunahr, de Pachinger, et de Contrexeville. Quand la cystite est due à une affection d'un organe voisin, on ne négligera pas le traitement de cette dernière.

Parmi les inflammations aigues de la vessie, la cystite blennorrhagique prend une place particulière. Elle résulte de la propagation de la blennorrhagie du canal de l'urèthre au col de la vessie et aux parties voisines; plus tard, elle peut s'étendre à toute la muqueuse vésicale. Dans la cystite blennorrhagique, le traitement de Guyon constitue un remède d'autant plus efficace qu'il est mis en œuvre plus près du début. C'est un traitement local, qui consiste à porter sur le col, au moyen d'une seringue de Pravaz armée d'une bougie, 15 à 20 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 %. L'injection provoque ordinairement, mais d'une façon passagère, une augmentation de la douleur, du ténesme et des sécrétions.

Après 2 à 4 injections, faites à 2 jours d'intervalle chacune, on obtient généralement une guérison complète.

Avant Guyon, Dittel avait imaginé de porter sur le col de la vessie, au moyen d'un cathéter spécial, une pommade au nitrate d'argent, mais son procédé est beaucoup plus douloureux.

Quand il existe une fièvre intense et des frissons, on doit soupçonner la formation de pus dans les parois de la vessie et procéder sans hésitation à la taille périnéale ou hypogastrique, dans le but d'annihiler l'effet des contractions de la vessie sur la collection purulente, d'empêcher le pus de faire irruption dans la cavité péritonéale, et d'occasionner une péritonite. Après l'opération, on laissera une sonde à demeure.

Traitement de la cystite chronique.

Le traitement de la cystite chronique est beaucoup plus compliqué et plus difficile que celui de la cystite aigue. Les indications spéciales sont nombreuses et variées : tantôt il s'agit de diminuer la douleur et le ténesme, tantôt de rendre à la musculature sa tonicité, tantôt encore de remédier à des obstacles à l'écoulement de l'urine (rétrécissements, hypertrophies de la prostate). Dans certains cas, il s'agit d'enrayer la décomposition de ce liquide, dans d'autres encore d'empêcher sa résorption.

On peut diviser les moyens de traitement en 4 classes : 1° les soins hygiéniques, 2° les médications internes, 3° la médication locale, 4° les procédés opératoires.

1° *Les soins hygiéniques.* Le régime alimentaire a une importance capitale, comme le démontrent les guérisons obtenues uniquement par la diète lactée. On défendra donc sévèrement les aliments excitants, les mets épicés et salés, les boissons alcooliques, le café fort et le thé. Le malade fuira en outre soigneusement toutes les causes de refroidissement. Il s'habillera chaudement, et évitera de se refroidir les pieds. Il aura toujours devant les yeux ce précepte que le froid et

l'humidité sont ses deux plus grands ennemis. Il peut se livrer à des promenades, mais sans les pousser jusqu'à la fatigue. Les lotions toniques et les bains généraux sont également utiles.

Parmi les *médicaments internes*, on peut distinguer :

a) Les *calmants*. On emploie les mêmes narcotiques que dans la cystite aiguë, seulement on en sera plus avare pour ne pas habituer le patient à leur action. On les réservera autant que possible pour les exacerbations.

b) Les *toniques*, tels que le quinquina, l'iodure de fer, etc.

c) Les *diurétiques*. Ils ont pour but de diluer l'urine. On peut recourir indifféremment à toutes les boissons non irritantes. Thompson donne volontiers le lichen d'Irlande, ou une mixture gommeuse.

d) Les *modificateurs de la muqueuse*. A leur tête se placent les eaux minérales de la Georges-Victor-Quelle de Wildung, et celles de la Kronen-Quelle de Salzbrunn. On en prescrit une bouteille par jour, et on fait continuer leur usage pendant longtemps. Les résineux rendent souvent de bons services : tels sont le baume de Pérou ou de Tolu jusqu'à 30 gouttes par jour, l'huile de bois de Santal à la même dose, le baume de copahu dont on ne donnera, d'après Thompson, pas plus de 8 gouttes par jour, l'huile de térébenthine, 1 à 2 gr. pour le même laps de temps.

Toutes ces substances ont le désavantage de provoquer après quelque temps des troubles digestifs et de la congestion des reins. Ces complications fâcheuses ne s'observent pas avec les infusés de chiendent, des feuilles de Buchu, de Pareira brava, de la mille-feuille, de l'alchemilla, de l'uva-ursi, des stigmates de safran, toutes plantes employées fréquemment en Angleterre et en Amérique et qui mériteraient d'être prescrites plus souvent chez nous.

Thompson loue beaucoup le décocté suivant :

Rhizom. gram. . . .	60 gr.
Rad. trit. repent. . .	30 à 50 gr.
Alchemill. arv. . . .	30 gr.
Fol. Buchu.	60 gr.

Pour un jour.

Coulson, Prout et Brodie vantent un décocté de Pareira brava, à la dose de 30 à 60 gram. par jour. Le décocté de feuilles d'uva ursi est utile non seulement pour diluer les urines, mais d'après plusieurs auteurs il jouirait également de propriétés antiseptiques. En effet, après son usage, l'urine renferme des composés aromatiques doués de propriétés microbicides, telles que l'Hydrochinon. Lewin le recommande à doses élevées, 30 à 50 gr. par jour, pour un décocté de 180 gr., ou il substitue aux feuilles leur principe actif, l'arbutine, à doses

fractionnées de un gramme. D'après Thompson, l'uva ursi doit être rejetée quand il existe des symptômes d'irritabilité de la vessie.

e) Les modificateurs de l'urine.

On transforme facilement une urine très acide en une urine neutre ou alcaline. Il suffit de régler le régime et de prescrire des alcalins. On peut donner, à l'imitation de Thompson, les carbonates, les bicarbonates et les citrates alcalins.

La chose est plus difficile quand il s'agit de changer la réaction alcaline en une réaction acide. Avant tout, il importe de bien connaître la cause de l'alcalinité, car le traitement est tout différent suivant qu'elle est due à un excédant d'alcalis fixes, ou bien au carbonate d'ammoniaque, résultant de l'hydratation de l'urée sous l'action des microbes. Ces dernières urines sont facilement reconnaissables à leur odeur ammoniacale.

Dans le premier cas, on donnera les acides minéraux ; dans le second, on tâchera d'entraver le développement des microbes, soit par l'administration interne de médicaments jouissant de propriétés antiseptiques, soit par des lavages désinfectants.

Parmi les médicaments internes on a recommandé un grand nombre de substances : l'acide benzoïque (2 gr. par jour), l'acide salicylique, le salicylate de sodium, le chlorate de potassium, l'acide phénique, l'acide borique, la résorcine, la naphtaline, etc. L'acide benzoïque et l'acide salicylique seraient les meilleurs ; l'acide phénique, le chlorate de potassium et la naphtaline causeraient du ténesme vésical et de l'hématurie.

Dans ces derniers temps, Sahli et Lepine ont recommandé, avec raison, le salol, c'est à dire le salicylate de phénol, à la dose de 6 à 10 gr. par jour, et additionné de sucre. Il communique, comme le phénol libre, une couleur noire aux urines.

Dans les cas où il existe une insuffisance de la vessie, dans ce sens qu'elle ne se vide pas complètement, il faut procéder comme Chopart, c'est à dire enlever le restant de l'urine par le cathétérisme, renouvelé une ou plusieurs fois par jour. On peut établir comme règle générale qu'ilsuffit de pratiquer cette opération une fois en 24 heures, quand la quantité d'urine retenue ne dépasse pas 60 centimètres cubes.

Il faut pourtant bien se garder de considérer le cathétérisme comme un moyen curatif applicable à toute cystite chronique ; loin d'être toujours avantageux, il exerce incontestablement dans certains cas une aggravation de la maladie.

On peut aussi combattre la décomposition de l'urine dans la vessie au moyen de *lavages*. Il faut préférer l'acide borique à 3 p. c. L'acide phénique à 1/2 p. c., le sublimé à 0,01 p. c. et le nitrate d'argent à 1/2 p. c. irritent quelquefois.

Les lavages demandent certaines précautions. La température de la solution sera de 37°, et l'injection doit être poussée doucement à travers une sonde molle. Les sondes à double courant doivent être proscrites, le courant s'établissant uniquement entre les deux ouvertures. Quand on a constaté, par le cathétérisme pratiqué immédiatement après la miction, qu'il y a rétention d'urine, on injectera après avoir sondé, une petite quantité de la solution borique qu'on laissera dans la vessie. Il faut éviter, dans le cas de rétention, de laisser écouler l'urine trop rapidement, et aussi de laisser la vessie vide, car on s'expose ainsi à des hémorrhagies de la muqueuse. La quantité de liquide injectée ne peut dépasser 100 cc.; Thompson défend même d'employer plus de 60 cc. et se déclare nettement opposé aux injections forcées faites dans le but de rendre à la vessie sa capacité normale.

Malgré tous ces procédés, on n'arrive pas toujours à amender l'inflammation, ni même à empêcher la maladie de s'aggraver. Les douleurs deviennent intolérables, le ténesme enlève au patient son repos nuit et jour et la nutrition tombe de plus en plus bas. C'est alors le moment de recourir à une ouverture artificielle de la vessie, soit par la taille hypogastrique, soit par l'uréthrotomie externe.

On préfère aujourd'hui la dernière de ces deux méthodes qui laisse intactes la vessie et la prostate. L'idée de cette opération appartient à W. Parker, de New-York, et actuellement ce procédé s'est déjà introduit en France, en Allemagne et en Angleterre. Il procure un écoulement facile et permanent de l'urine et un repos complet de l'organe, deux conditions indispensables, dans ces cas graves, à la guérison.

Cette méthode donne chez l'homme des résultats brillants; chez la femme elle doit être remplacée par la dilatation forcée de l'urèthre, qu'on peut considérer dans ces cas comme un remède souverain.

Il reste à dire quelques mots des cystites symptomatiques de néoplasmes de la vessie. Dans les cas de tuberculose et de cancer, on s'abstiendra de tout traitement local. Les instillations comme les lavages ne font qu'aggraver la maladie. D'après le précepte si juste de Guyon, on aura plus souci du malade que de la maladie, et on essayera par des moyens hygiéniques, toniques et calmants de soutenir le patient. Au besoin, on fera une opération, soit pour amener la guérison radicale, soit simplement dans le but de procurer quelque soulagement. J. D.

—

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE GUÉRIE PAR L'AMPUTATION UTÉROOVARIQUE, par Schultze.

Le remède est héroïque et c'est la première fois, croyons nous, que dans le cours d'une infection puerpérale on s'est avisé d'ouvrir le ventre à l'accouchée et d'enlever, au couteau, le foyer de l'infection. La désespérance du cas légitime parfois la hardiesse de l'intervention : on ne choisit pas les *planches de salut*, et la plus fragile est préférable aux planches de cercueil : *melius anceps remedium quam nullum*.

Fanny Schneider, 22 ans, primipare, accouche prématurément à 7 mois. La sage-femme tire sur le cordon et le casse. Un médecin appelé trouve un col extrêmement resserré, ne parvient pas à obtenir la délivrance et envoie la patiente à l'hôpital. Bains chauds, courants continus, narcose, sans résultats : la matrice reste fermée.

Le lendemain 9 septembre, la température s'élève à 39°9, l'écoulement devient fétide et l'on pratique des injections désinfectantes.

Le 10, au soir, on chloroformise profondément la malade pour la délivrer. Mais un doigt seulement peut franchir la stricture. Il constate que la matrice est à double fond, que sa moitié gauche est vide et que sa moitié droite contient un placenta fortement adhérent, impossible à extraire. Peut-être se détachera-t-il et sera-t-il expulsé spontanément plus tard?... On se décide à attendre.

Le 11, la température s'élève à 40°1 degrés.

Le 12, elle est à 40°, frissons, symptômes de péritonite.

Le lendemain Schultze pratique la laparotomie, jette une ligature élastique sur le col, incise l'utérus et extrait un placenta décomposé. La paroi utérine, à droite, est putréfiée dans presque toute son épaisseur, et à gauche très décolorée. Les anses intestinales voisines sont rouges, granuleuses, mais non couvertes d'exsudats. Les ligaments sacro-utérins, très courts, sont liés et coupés ainsi que les ligaments larges, et tout l'utérus est amputé au-dessus de sa ligature.

Le pédicule est traité selon la méthode de Meyer; l'opérateur n'ose pas l'abandonner dans la cavité péritonéale, parce que la surface de section est trop suspecte et qu'une sérosité puriforme s'écoule des espaces lymphatiques divisés.

Le jour même la température resta au dessous de 37° degrés; les jours suivants elle atteignit 40°,2. pour retomber ensuite à 39° puis à 38°. Après le 1er octobre elle n'a plus dépassé 37°,5.

Le onzième jour, le lien élastique est enlevé et, le douzième, les dernières sutures. La plaie abdominale est cicatrisée et le moignon, rétracté et bourgeonnant.

Les symptômes de péritonite qui existaient avant l'opération se sont dissipés immédiatement après, et la guérison est complète.

La rétention du placenta peut s'observer dans d'autres cas que l'utérus bifide ou bicorne et l'amputation utéro-ovarique se trouver indiquée, d'après Schultze, dans tous les cas graves où l'utérus est devenu un foyer d'infection qu'on ne parvient pas à éteindre par les voies génitales. Il recommande d'enlever en même temps les foyers septiques secondaires, thromboses et embolies disséminées autour du foyer principal.

Tous les placentas retenus, en totalité ou en partie, ne se putréfient pas nécessairement; d'autre part, toutes les femmes atteintes de septicémie ne meurent pas fatalement. L'ouverture du ventre et l'amputation de la matrice est donc loin d'être indiquée d'une manière générale dans tous les cas de rétention, et nous croyons inutile d'avertir qu'il ne faut pas trop se presser d'y avoir recours : ce n'est qu'aux grands maux qu'on est autorisé à opposer les grands remèdes. Schultze espère que l'opération hardie, qui lui a si bien réussi, pourra sauver la vie à quelques-unes des 11,000 femmes qui, en Allemagne, meurent chaque année des suites de l'accouchement. E. H.

—

DE L'ÉLIMINATION DES VIRUS PAR L'ORGANISME.

Les professeurs Trambusti et Maffuci, de l'institut d'anatomie pathologique de Pise, ont commencé une série de recherches sur cet intéressant sujet.

Toutes les sécrétions de l'organisme contribuent-elles indistinctement à l'élimination des microbes? — Certains microbes ont-ils des voies de sortie spéciales qu'ils choisissent de préférence ou à l'exclusion de toute autre? — L'élimination se fait-elle également ou avec les mêmes caractères à toutes les périodes de la maladie? — Les microbes éliminés ont-ils la même énergie pathogène que ceux qui évoluent encore dans les tissus?

Toutes ces questions d'histoire naturelle ou d'anatomie pathologique présentent le plus vif intérêt théorique et pratique, et il faut espérer qu'elles seront bientôt résolues pour chacune des maladies infectieuses, car leur solution doit éclairer la thérapeutique et mettre sur la voie des indications rationnelles.

Les professeurs italiens ont borné leurs recherches à l'étude du charbon et du typhus, et s'ils ne sont pas encore parvenus pour ces deux affections à répondre à tous les desiderata, ils croient cependant pouvoir tirer de leurs nombreuses expériences les conclusions suivantes :

1° Les micro-organismes pathogènes peuvent être éliminés par les glandes sécrétoires de notre organisme, par l'épithéléon et par les vaisseaux capillaires intacts; quelques-uns de ces micro-organismes sont éliminés plutôt par un organe que par un autre;

2° L'élimination se fait toutes les fois que ces organismes inférieurs sont dans la circulation, quelle que soit d'ailleurs la période de l'infection;

5° Les micro-organismes pathogènes qui sont éliminés par des organes sains conservent leur pouvoir infectant. E. H.

—

RECHERCHES SUR L'ABSORPTION ET L'ÉLIMINATION DU MERCURE DANS L'ORGANISME HUMAIN.

Les annales de *Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1886, n°s 7 et 8, ont rapporté les résultats des recherches instituées à ce sujet à l'aide d'une méthode spéciale d'analyse par le Dr Welander.

L'absorption du mercure, administré par la bouche, dépend à un haut degré de l'état des organes digestifs : dans la règle, on constate après 1 ou 2 jours de traitement la présence du mercure dans l'urine. Après un purgatif de calomel, l'auteur découvrit le mercure au bout de 4 heures et put ensuite le déceler pendant 18 jours.

Appliqué sur la peau, le mercure est rapidement absorbé. Ainsi, après les simples frictions d'onguent mercuriel au pubis contre les poux, le mercure fut découvert souvent en quantité notable, il existait également dans l'urine de toutes les personnes qui avaient exécuté les frictions.

Par les plaies, le mercure est absorbé rapidement et en quantité relativement grande; de même après les injections sous-cutanées. A la suite des injections de calomel le mercure se retrouve déjà le lendemain dans l'urine.

Quant à l'élimination, la plus grande partie du mercure introduit dans l'économie disparaît par la voie rénale.

Dans la salive, contrairement à ce qu'on pourrait penser, le mercure ne se trouve qu'en petite dose, sinon pas du tout : les glandes salivaires jouent ainsi un rôle très accessoire dans l'élimination du mercure.

Le mercure se rencontre constamment et en quantité notable dans les fécès : il n'est donc pas étonnant que des complications graves se produisent du côté de l'intestin dans les cas d'intoxication, par exemple à la suite de l'emploi de sublimé dans le traitement des plaies.

En outre, l'auteur a montré que le mercure s'éliminait par le lait

et pouvait ainsi être transmis au nourrisson, et d'autre part, qu'il était transmis au fœtus dans l'utérus par l'intermédiaire du sang de la mère.

En général, à la suite d'un traitement mercuriel quelconque, l'élimination commence à se faire rapidement, mais elle se prolonge pendant un temps considérable; certains auteurs ont même prétendu que le mercure pouvait séjourner dans le corps pendant plusieurs années. Il y a là de l'exagération : toutefois, le Dr Welander a constaté que généralement, le mercure persiste dans le corps de 4 à 6 mois après la fin du traitement, et, dans des cas exceptionnels, pendant plus d'une année : d'après ses analyses, ce serait dans le sang que le mercure séjournerait ainsi en quantité notable.

En ce qui concerne les indications tirées des analyses de l'auteur pour le traitement de la syphilis, il considère qu'il est indiqué de recourir à des injections sous-cutanées ou à des frictions, lorsqu'il s'agit de provoquer un effet rapide et puissant, et non pas à l'administration de pilules : en effet, l'absorption est très rapide et abondante après les injections, très abondante, mais plus lente, après les frictions, au contraire, lente et relativement faible après l'administration de pilules.

L. D.

—

INJECTIONS DE CALOMEL DANS LA SYPHILIS.

Cette méthode nouvelle de traitement, due à Scarenzio, que nous avons signalée dans la *Revue* (avril 1886) a fait rapidement fortune. Les *Annales de Dermatologie*, 1886, nos 7 et 8, lui ont consacré une étude dont nous extrayons les particularités les plus intéressantes.

Nous rappellerons qu'elle consiste dans l'injection, au moyen de la seringue de Pravaz, d'un mélange de glycérine et de calomel dans la proportion de 10 centigrammes du sel pour un gramme de liquide. Il faut veiller spécialement à la pureté de la glycérine et employer le protochlorure préparé à la vapeur, à l'exclusion d'autres préparations de calomel.

L'addition de chlorure de sodium, proposée par Neisser pour réduire le calomel à sa plus grande divisibilité dans le liquide, n'est pas à conseiller.

Mais ce qui offre une importance capitale, c'est le choix de la partie où doit être faite l'injection.

Telle est la pratique à adopter, d'après Smirnoff :

« Quand on découvre les fesses d'une personne maigre ou sans trop d'embonpoint, se tenant debout, on voit derrière le grand trochanter une dépression verticale. A cet endroit, le peau se laisse aisément

déplacer et même plisser; *c'est la seule région de tout le corps où une quantité de* 10 *centigrammes de calomel puisse être injectée, sans provoquer d'abcès;* si même il en survient un, il ne traverse presque jamais la peau et se résorbe. »

L'injection sera donc faite à environ trois centimètres en arrière du bord postérieur du grand trochanter, afin que le foyer inflammatoire qui survient ne soit pas refoulé contre l'os, quand le patient est sur le dos lorsqu'on fait une nouvelle injection, la deuxième ponction aura lieu à trois centimètres au moins de la première, afin que les deux foyers ne confluent pas.

Les avantages de la région choisie sont les suivants :

La masse injectée peut se répartir avec la plus grande facilité dans le tissu cellulaire, peu serré, sans occasionner une tension de la peau.

Le foyer est entouré de tous côtés par les muscles et la peau, c'est à dire par des tissus doux et élastiques.

Le foyer n'est pas exposé à une pression, que le malade soit assis, ou couché sur le dos ou sur le côté.

Enfin la peau étant très épaisse et très ferme en cet endroit, le foyer peut provoquer une inflammation considérable, sans se vider au dehors.

Du reste, il ne faut pas ouvrir ces foyers, même si la peau est amincie, très rouge et la fluctuation évidente : les abcès de ce genre se terminent par résorption presque toujours.

Chez les personnes grasses, comme les femmes, les enfants où la peau peut être moins facilement soulevée dans la région précitée, les conditions sont moins avantageuses et les abcès plus fréquents.

En résumé, la règle est donc d'enfoncer la canule un peu en arrière et au-dessus du trochanter, droit en bas, parallèlement à l'os de la cuisse, à une profondeur d'environ deux centimètres de manière à injecter le calomel dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Chaque atome de la substance injectée entre dans la circulation au fur et à mesure qu'elle se dissout. Les analyses faites ont montré que, même dans le cas de production d'abcès, la plus grande partie du sel mercuriel est absorbée; mais, comme nous l'avons dit, on n'ouvrira ces abcès que très tardivement, quand il est impossible de faire autrement.

Les avantages du choix de la région pour les injections apparaissent à l'évidence, d'après la comparaison de diverses statistiques portant sur le nombre d'abcès. Ainsi sur 159 injections, pratiquées sur les bras, les cuisses ou le tronc, on a noté 40 abcès, tandis que 257 injections dans les fesses n'ont donné lieu qu'à 4 abcès.

Pour prévenir les abcès, il est bon, selon les uns, que les sujets soient maintenus au repos pendant les deux ou trois premiers jours, ou au moins s'abstiennent de mouvements violents pendant une semaine. D'autres chirurgiens laissent cependant les malades circuler librement après les injections, et assurent n'avoir pas observé plus fréquemment dés abcès.

Le mercure injecté de cette façon agit si puissamment sur l'économie qu'il peut survenir des accidents graves d'intoxication (stomatite, diarrhée) si l'on force les doses ou si l'on a à faire à des sujets peu résistants, âgés, anémiques, atteints de marasme, ou porteurs de maladies du cœur. L'état de la bouche sera également pris en considération.

Dans tous les cas, il sera prudent, comme le conseille Jullien, de n'injecter que 10 centigrammes de calomel à la fois. Mais cet auteur est d'accord avec Smirnoff pour vanter l'innocuité de la pratique chez les femmes enceintes et son efficacité sur le développement du fœtus.

Les enfants de 2 à 10 ans ne recevront à la fois que 4 à 6 centigrammes : au-dessus de 10 ans, la dose de 10 centigrammes est permise.

L'efficacité des injections de calomel est étonnante : une seule double injection dans chaque fesse peut guérir les symptômes de la syphilis; la dose de 20 à 30 centigrammes représente la quantité moyenne de sel qui a guéri les symptômes de la syphilis tertiaire, dans 113 cas traités à Helsingfors; l'iodure de potassium n'avait été administré simultanément que dans un petit nombre de cas. En règle générale, il suffit de quatre injections pour guérir une syphilis de moyenne intensité. On peut faire à la fois deux injections dans chaque fesse et les répéter 8 ou 15 jours plus tard, ou bien, si l'on veut agir plus prudemment, ne faire qu'une injection à la fois. L'expérimentation n'est pas encore suffisante pour décider la question des récidives.

Seront-elles moins fréquentes ou plus tardives qu'avec les autres traitements mercuriels ? On ne le sait, mais, en attendant, le moyen est précieux dans les cas urgents : syphilis cérébrale, iritis syphilitique, etc.

Telles sont les conclusions de Smirnoff qui a traité 500 à 600 cas de syphilis par les injections, sans avoir jamais dû les abandonner pour les frictions en cas d'inefficacité : ce traitement est sans comparaison le plus simple et le plus commode. Il convient à tous les âges et est applicable à tous les stades de la maladie.

Pour l'efficacité, il surpasse les frictions : il est par conséquent plus actif que tout autre traitement mercuriel. On sait exactement la quantité de mercure qu'on fait pénétrer dans l'organisme.

L'intoxication mercurielle chronique est à peu près impossible. Le traitement ne vicie pas l'air des salles d'hôpital et il est très peu coûteux. L. D.

—

DANGER DES INJECTIONS DANS LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME.

On a accusé les injections pratiquées dans l'urèthre pour combattre la blennorrhagie de favoriser la production de rétrécissements du canal; le reproche n'est pas fondé, du moins lorsqu'on se sert, comme on le fait communément dans la pratique, de liquides dépourvus de propriétés caustiques; mais les injections sont passibles d'un autre reproche que le Dr Oltramare a mis en relief dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1886, n° 10.

A l'état normal, le muscle de Wilson établit une séparation entre la portion antérieure ou pénienne de l'urèthre et la portion postérieure, portion prostatique ou vésicale.

Or, aussi longtemps que la blennorrhagie reste cantonnée dans l'urèthre antérieur, le mal reste sans gravité et n'a qu'une durée limitée; il en est tout autrement quand elle franchit la portion membraneuse et menace la prostate, la vessie et les conduits éjaculateurs.

Comme un certain nombre de sujets en sont quittes pour une uréthrite antérieure, il faut admettre que le muscle de Wilson est capable à un certain degré d'arrêter la marche progressive d'avant en arrière de l'inflammation gonorrhéïque. En effet, dans les conditions ordinaires, les liquides sécrétés dans le canal en dessous du sphyncter membraneux formé par le muscle ont une tendance, soit par le fait de la position, soit par suite des contractions des couches musculaires, à s'écouler par le méat. Il en est tout autrement, lorsque l'écoulement du pus au dehors vient à être entravé, et surtout lorsque le pus est refoulé mécaniquement au delà du sphyncter : *c'est par ce mécanisme que les injections deviennent une des causes les plus puissantes de la propagation de la blenorrhagie à l'urèthre postérieur.*

L'auteur rappelle que Diday, Guyon, Jullien et d'autres encore ont insisté sur ce danger des injections, et lui-même se rallie pleinement à leur manière de voir, d'après un relevé de 120 cas de blennorrhagies uréthrales chez l'homme : ces 120 cas ont donné 65 cas d'uréthrite postérieure, soit plus de la moitié.

Relativement à l'époque de la propagation, ces 65 cas se décomposent d'abord en une série de 13 cas survenus dans les quinze premiers jours; or, il est avéré qu'il est exceptionnel de voir une blennorrhagie abandonnée à elle-même se propager si rapidement aux parties

postérieures de l'urèthre : les renseignements obtenus par l'auteur en font foi d'ailleurs, car, sur les 13 malades en question, 12 avaient fait usage d'injections.

Dans une seconde série de 10 cas où l'uréthrite s'est propagée pendant le troisième septenaire aux parties postérieures, les injections étaient pratiquées 7 fois; dans une troisième série de 16 cas où la propagation a eu lieu pendant le quatrième septenaire, 10 prenaient des injections.

Au total, l'auteur a ainsi trouvé 46 malades faisant usage d'injections sur les 65 cas où l'uréthrite postérieure avec ses conséquences est survenue; aussi n'hésite t-il pas à incriminer l'injection comme la cause la plus fréquente, comme la cause essentielle de l'uréthrite postérieure; le liquide injecté refoule mécaniquement le pus au delà de la barrière naturelle et une véritable inoculation de ces parties profondes et abritées en résulte.

Le danger d'inoculation varie néanmoins d'après la virulence du pus et la nature du liquide injecté.

Or, la virulence du pus étant à son maximum au début de la blennorrhagie, c'est à dire lorsqu'un pus abondant et verdâtre est sécrété, c'est dans les quinze ou vingt premiers jours que le danger de contamination de l'urèthre postérieur par les injections est le plus grand.

D'autre part, ce danger sera également d'autant plus grand que les propriétés antiseptiques du liquide employé seront moindres, partant, la virulence du pus neutralisée à un moindre degré.

La quantité du liquide injecté, sa force de pénétration, la quantité du pus accumulé dans l'urèthre, sont aussi des particularités qui doivent être prises en considération.

L'auteur croit utile de formuler les préceptes suivants, eu égard à la tendance actuelle d'un grand nombre de médecins à recourir aux injections, sous l'influence des idées parasitaires.

a) Les injections indifférentes, dites émollientes, calmantes, etc., doivent être absolument proscrites pendant tout le cours de la blennorrhagie.

b) Dans la période aiguë, et abstraction faite des traitements abortifs limités à quelques centimètres du canal, l'injection, bien loin de rendre des services, a pour effet presque constant de permettre au pus de franchir la barrière de Wilson.

c) Toutes les fois qu'une blennorrhagie plus ou moins guérie aura repris des caractères de virulence marqués, c'est par les balsamiques et le régime qu'il faudra recommencer l'attaque.

d) Avant toute injection, le malade aura soin d'exprimer le pus contenu dans l'urèthre et d'uriner, de façon à déterger le plus possible le canal,

e) L'injection sera poussée lentement, et la quantité ne dépassera pas celle qui peut être contenue dans un urèthre modérément distendu.

Grâce à ces préceptes, l'auteur est persuadé que des complications de cystite, de prostatite et d'orchite diminueront sensiblement de fréquence. Les malades seront dédommagés amplement, de par ce fait, du temps qu'ils auront consacré à laisser couler leur blennorrhagie.

L'auteur ajoute qu'il est prêt à se rallier à la pratique des injections, le jour où il existera un traitement vraiment abortif, ayant des chances sérieuses de succès. Jusqu'à présent, ce traitement nous manque encore. L. D.

—

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ASTHME, par le Dr LAZARUS.

(Société de médecine de Berlin, session du 1 décembre 1886)

La communication s'occupe exclusivement de cette variété d'asthme bronchique caractérisée par une expiration difficile et prolongée, une inspiration rapide, un ralentissement de la fréquence respiratoire et des râles sibilants et ronflants.

Le traitement doit avoir pour but :

1° De prévenir les accès;

2° De les couper le plus rapidement possible;

3° De guérir les lésions consécutives.

1. — *Prophylaxie des accès*. L'asthme est souvent lié à la scrofulose du nez ou du pharynx. Dans ce cas il faut instituer un traitement général dirigé contre la diathèse, et un traitement local chirurgical.

2. — *Traitement des accès*. Les accès doivent être coupés aussi rapidement que possible, car plus ils sont longs, plus leurs suites sont fâcheuses.

Les médicaments les plus employés sont la morphine, le chloral, le chloroforme et les fumigations. Les trois premiers narcotisent, mais n'agissent pas sur l'accès lui même. Les fumigations doivent être préférées; elles agissent en outre comme expectorants.

Dans ces dernières années on a encore recommandé comme spécifiques : la paraldéhyde, l'hyoscine, le quebracho, la nitroglycérine, le nitrite d'amyle, le nitrite de sodium, la pyridine et la cocaïne.

La paraldéhyde procure du sommeil, mais est sans influence sur la durée de l'accès.

L'hyoscine, un isomère de l'atropine, ne vaut pas cette dernière dans son action dépressive sur la sensibilité,

La teinture de Quebracho est quelquefois très active, mais son action est incertaine, ce qui tient peut-être à sa teneur variable en principes actifs (l'aspidospermine et la quebrachine).

Les trois nitrites, si utiles dans l'angine de poitrine, donnent de maigres résultats dans l'asthme.

La pyridine, le principe actif de la fumée de tabac, a été employée avec succès par Sée, mais son odeur la rend désagréable.

Enfin la cocaïne à 10 p. c. en badigeonnage sur la muqueuse du nez et du pharynx a donné de beaux résultats, mais seulement dans les cas où l'asthme avait sa cause dans des altérations de cette membrane.

Ici se place encore la cautérisation de la muqueuse nasale par le galvano-cautère. C'est un excellent moyen pour couper les accès, mais il a peu de valeur comme moyen curatif radical.

Le remède abortif par excellence se trouve dans l'iodure de potassium associé au chloral à hautes doses.

3. — *Traitement des lésions consécutives.* Emphysème et catarrhe bronchique chronique. Il comprend le choix d'un climat favorable, les inhalations et l'administration de certains médicaments, parmi lesquels il convient de citer l'hydrate de terpène (3 f. par jour, 0,50 à 0,75 gr.).

L'usage des appareils pneumatiques transportables convient seulement comme adjuvant de la gymnastique pulmonaire. Les appareils fixes, au contraire, tels que les cabinets pneumatiques présentent une incontestable utilité.

Dans le cas de catarrhe chronique des bronches, l'iodure de potassium (3 f. 0,30 à 0,50 gr, p. j.) continué pendant des mois constitue un excellent remède. J. D.

—

Il ne se passe pas d'années que l'on ne signale, parmi les médecins, des cas d'infection mortelle due à l'aspiration par la bouche de membranes diphtéritiques, après l'opération de la trachéotomie. Un bactériologue de Bâle, Garré, signale un moyen bien simple pour se mettre à l'abri de cette contamination.

Depuis des années on se sert, en bactériologie, de bouchons d'ouate pour préserver les milieux de culture de l'invasion des germes. Ces bouchons constituent en effet une barrière sûre contre les microbes. Il propose donc de placer à l'intérieur du catheter avec lequel se fait la succion un simple bouchon d'ouate. Celui-ci ne gêne aucunement l'aspiration. Il est plus sûr encore de posséder dans sa trousse un tube de caoutchouc muni d'un court tube en verre présentant un rétrécissement à l'intérieur et devant lequel on place le bouchon. Pour faire l'aspiration on glisse simplement le tube en caoutchouc sur l'extrémité libre du catheter.

De cette façon il est impossible que les membranes ou leurs débris s'introduisent dans la bouche du médecin. (*Schweiz. Corresp. Bl.*).

J. D.

LE TRAITEMENT DE LA GLYCOSURIE AU MOYEN DU SALICYLATE DE SODIUM, par S. HOLDEN. (*Brit. med. Journ.*, Mart. 1886.)

Les essais thérapeutiques de Holder se rattachent à la théorie de Latham. D'après ce dernier, il y aurait deux formes du diabète sucré, une forme due à des troubles dans l'innervation du foie, et une autre produite par des altérations dans les fonctions des muscles. Cette dernière aurait des accointances intimes avec le rhumatisme.

Guidé par cette idée, Holden essaya le salicylate dans les cas compliqués de douleurs musculaires ou articulaires. Il obtint constamment une diminution considérable de la sécrétion urinaire, marchant de pair avec une diminution du sucre. L'amélioration serait telle que le bien-être se rétablit et que l'embonpoint et la force musculaire subissent une augmentation. L'amélioration persiste plusieurs semaines après l'arrêt de la médication. J. D.

—

INFLUENCE DE QUELQUES MÉDICAMENTS SUR LES MOUVEMENTS DE L'ESTOMAC, par SCHUTZ (*Arch. f. exp. Path. und Pharm.* B. XXI).

L'auteur a expérimenté sur des chiens. Les médicaments sont administrés par la veine jugulaire et les animaux sont tués au moment propice par hémorrhagie. L'estomac est enlevé et introduit dans une chambre humide. On examine alors les mouvements spontanés, les contractions avec lesquelles l'estomac réagit quand on l'insuffle au moyen d'air, et sa contractilité électrique. Les substances étudiées par Schutz se classent comme suit :

Substances paralysantes. L'atropine à haute dose arrête les mouvements spontanés. L'électricité ne provoque plus qu'une contraction étendue et prolongée (paralysie des terminaisons nerveuses). L'éther et le chloroforme ont une action semblable, mais limitée au temps de leur application.

Substances parésiantes Le chloral, l'uréthane, la morphine, le zinc (pyrophosphate de zinc), l'arsenic diminuent la contractilité sous toutes ses formes. La nicotine et la pilocarpine à haute dose agissent de même, à petite dose; au contraire, ils augmentent nettement les mouvements spontanés.

Substances émétiques. L'émétine, le tartre stibié et l'apomorphine constituent un excitant énergique des mouvements spontanés. Sous leur action l'estomac présente des étranglements profonds et se déplace continuellement. Il se comporte vis à vis de l'insufflation et de l'électricité comme un estomac normal.

La muscarine provoque une contraction tétanique des parois gastriques qui disparaît instantanément par l'atropine.

La physostigmine, la digitaline, la scillaïne et l'helléboréïne agissent comme la muscarine. La contraction dure très longtemps.

La strychnine, la caféine, le chlorure de baryum et la vératrine stimulent les contractions spontanées comme les vomitifs, mais en même temps l'irritabilité électrique est exaltée. La vératrine a de plus une action particulière : elle engendre des mouvements spontanés antipéristaltiques.

Le curare est inactif. J. D.

—

LES SOLUTIONS ANTISEPTIQUES AU SUBLIMÉ.

Bien des fois nous avons été désagréablement surpris de voir nos solutions antiseptiques au sublimé se troubler fort, quelques jours après leur préparation en pharmacie. Un dépôt abondant de flocons blancs grisâtres se collait aux parois des bouteilles et s'accumulait en masse considérable au fond de ces récipients. Qu'est ce précipité? Constitue t-il un corps nuisible pour l'organisme; ou bien, est-ce un composé inerte se substituant au sublimé et enlevant à la solution les propriétés antiseptiques dont nous avons absolument besoin pour la réussite de nos opérations et la sécurité de nos pansements?

Le docteur O. Angerer, professeur à Munich, nous répond, dans le n° 7 du *Centralblatt für Chirurgie*, que, quand on n'a pas employé pour ces solutions au sublimé de l'eau distillée pure, et surtout quand on s'est servi de l'eau ordinaire, il se forme rapidement un composé mercuriel insoluble, auquel M. Fürbringer, après analyse, a attribué la composition d'un trioxychlorite; dioxychlorite ou tétraoxychlorite. Ce sont les carbonates alcalino-terreux de l'eau non distillée qui provoquent cette précipitation. L'influence de la lumière pour amener la réaction est incontestable. L'élévation de la température la favorise. L'air atmosphérique y contribue pour une part.

Plus les sels sont abondants dans l'eau, plus, évidemment, sera grande la quantité de sublimé neutralisée.

D'après le conseil de Fürbringer on peut ajouter à la solution des acides qui attaquent les carbonates et laissent le sublimé intact; comme, par exemple, l'acide salicylique, l'acide chlorhydrique et l'acide acétique (1 gramme à 1/2 gramme par litre).

M. Schillinger, pharmacien de Munich, soutient qu'en ajoutant un gramme de chlorure de sodium pour chaque gramme de sublimé que renferme la solution, celle-ci restera parfaitement claire.

Reste à savoir si cette addition du sel de cuisine n'enlève pas à la solution — en partie ou en totalité — ses propriétés antiseptiques, en formant une combinaison nouvelle avec le sublimé.

Eh bien, non! Ainsi que cela résulte d'expériences de cultures instituées dans ce but par le Dr Emmerich, attaché comme assistant à l'institut hygiénique de Munich, les solutions composées ont, pour le chirurgien, la même puissance de désinfection et d'antisepsie que les solutions simples.

Nous devons recommander comme invention fort pratique, les pastilles au sublimé-chloruré fabriquées par le même pharmacien et mises en vente au prix de 12 centimes pièce (10 pfennige). Ces pastilles renferment un demi gramme ou un gramme, suivant les dimensions, de sublimé et de chlorure de sodium. L'addition de ce dernier composé facilite considérablement la dissolution du sublimé et permet la préparation instantanée d'une excellente solution antiseptique avec la première eau propre venue. Car ces pastilles ne renferment pas autre chose que les deux corps chimiques : pas de matière collante, la seule compression les tasse en pastilles assez dures pour pouvoir être manipulées sans inconvénient.

Les pastilles sont peut-être appelées à rendre de grands services aux médecins de campagne et aux chirurgiens sur les champs de bataille.

E

—

DÉSINFECTION DES MAINS.

Depuis qu'est acquise cette notion que la plupart des accidents graves des opérés et des accouchées sont le fait d'un élément infectieux introduit dans la plaie ou dans le tractus génital, la désinfection des instruments et des mains a pris une importance capitale. Que l'opérateur soit un artiste ou un maladroit, cela est d'un intérêt secondaire : la propreté importe beaucoup plus que la dextérité, le microbe étant infiniment plus meurtrier que le bistouri.

Comment faut-il se désinfecter les mains pour les rendre certainement inoffensives? Le Dr Kummel s'est livré pour résoudre la question à des recherches expérimentales dont il a communiqué les résultats à l'association médicale de Hambourg. Il a trouvé d'abord que les mains sont plus difficiles à rendre aseptiques que les éponges.

Sa méthode a consisté à essayer les divers procédés et les divers substances réputées comme désinfectantes, à plonger après chaque essai les mains dans de la gélatine, puis à étudier les microzoaires qui se développent dans le liquide de culture.

Il conclut de ses recherches que le chirurgien ou l'accoucheur doit se laver les mains *pendant trois minutes* dans de l'eau savonneuse, puis *pendant une minute* dans une solution soit d'acide thymique à 6 %, soit d'acide phénique à 3 %, soit de sublimé corrosif au millième.

E. H.

—

ADMINISTRATION DE L'HUILE DE RICIN.

On a essayé une foule de moyens pour faire avaler l'huile de ricin sans trop d'écœurement, en la mêlant au bouillon, au café, au lait, en y ajoutant du jus de citron, de l'essence d'anis ou de menthe. M Fleury en propose un nouveau, dont il s'est bien trouvé.

Prendre un demi verre de bonne bière mousseuse, y verser l'huile et fouetter pour développer la mousse qui englobe complètement toute l'huile. En n'avalant que la mousse on n'aperçoit ni le goût de l'huile ni celui de la bière.

Aux sujets qui éprouvent pour le médicament une trop vive répugnance, nous conseillons de tenir quelques instants en bouche, immédiatement avant et immédiatement après l'absorption de l'huile, une gorgée d'eau de vie ou de rhum qu'ils rejettent Les papilles du goût sont momentanément émoussées par l'alcool fort et le goût nauséeux du médicament n'est pas perçu. E. H.

—

INFLUENCE DE L'IODURE DE POTASSIUM SUR L'ÉLIMINATION DU MERCURE. — Le Dr Souchow conclut de nombreuses expériences faites à la clinique syphilitique du professeur Tarnowski (*Wratsch.* n° 44, 1834) :

1° L'élimination du mercure par l'urine commence plus tard et la quantité de mercure éliminé est comparativement moindre dans les cas où le malade prend de l'iodure de potassium ;

2° L'iodure de potassium administré pendant ou après la cure mercurielle abaisse aussitôt la quantité de mercure éliminée journellement.

En conséquence, loin de contribuer à l'élimination du mercure, comme le croyaient Hermann, Melsens, Michel et d'autres, il semble s'opposer à cette élimination et ne saurait être utile dans les empoisonnements par le mercure, comme le pensait Melsens.

Encore une erreur qui s'en va... si Souchow a bien observé. Il ne faut pas regretter une théorie qui croule à la lumière des faits car, comme on l'a dit, en science le progrès se compose autant des erreurs reconnues que des vérités acquises. E. H.

—

QUELQUES NOUVELLES APPLICATIONS DE LA COCAÏNE.

Nous les trouvons dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liége (avril et octobre 1886).

Contre les vomissements de la grossesse, la cocaïne s'est montrée héroïque entre les mains de plusieurs expérimentateurs, et alors que

tous les autres moyens avaient échoué; on peut faire une solution à 10 %, à prendre 10 gouttes trois fois par jour. L'effet est rapide; quelquefois après la première dose déjà, l'amélioration est marquée ou les vomissements arrêtés; en outre, l'effet est durable; après quelques jours — de 2 à 8 — de traitement, les patientes reprennent leur aspect habituel.

De son côté, le Dr Fraipont a essayé la cocaïne pour combattre les vomissements, qui succèdent à l'administration du chloroforme, et il assure n'avoir eu qu'à s'en louer. Il s'est servi de la voie hypodermique : une seringue entière de Pravaz de la solution à 4 % injectée dans la peau de l'épigastre; mais, comme le dit l'auteur, l'administration par la voie stomacale aurait plus d'avantages encore, sauf le cas où les vomissements seraient tels que le médicament lui-même serait rejeté.

Enfin, le Dr Francotte a pu se convaincre que la cocaïne possède une efficacité marquée contre les vomissements de la coqueluche : il a fait des badigeonnages de la gorge deux fois par jour avec la solution à 10 %; dans un cas, la morphine et le chloral avaient été administrés sans succès. Il n'a pas observé, ainsi que d'autres auteurs l'avaient signalé, d'action évidente de ces badigeonnages sur le nombre et l'intensité des accès, ni sur la durée de la maladie. L. D.

—

DU TRAITEMENT DE L'INDIGESTION ET DES VOMISSEMENTS PAR L'ACIDE PHÉNIQUE.

Plusieurs médecins anglais ont obtenu de bons résultats de l'emploi de l'acide phénique dans certaines formes d'indigestion, accompagnées de pyrosis, dans certaines dyspepsies, particulièrement les dyspepsies douloureuses et dans les vomissements rebelles.

La formule recommandée est la suivante :

Acide phénique cristallisé 1 gramme.
Glycérine 4 grammes.

On administre en une fois 5 à 10 gouttes de cette solution dans un demi verre d'eau de menthe, par exemple.

D'autres ont associé dans les formules les gouttes noires anglaises à l'acide phénique.

Acide phénique pur 2 grammes.
Gouttes noires anglaises 6 grammes.

Prendre 4 gouttes du mélange trois fois par jour dans un peu d'eau sucrée, 10 minutes avant le repas.

Ce moyen aurait arrêté des vomissements rebelles à tous les autres traitements, et des douleurs gastralgiques avec vomissements.

Dans cette dernière formule, il faut faire aussi entrer en ligne de compte l'action de l'opium des gouttes noires anglaises; mais des observations prouvent que l'acide phénique a la meilleure part des succès obtenus. Le mode d'action de ce médicament dans les dyspep sies est rapporté par les uns à l'arrêt des fermentations gastriques anormales, par les autres à l'anesthésie de la muqueuse de l'estomac.

—

DU GRUAU D'AVOINE.

La farine d'avoine, dite *gruau d'avoine*, a été vantée, d'après Dujardin-Beaumetz, par des médecins écossais, qui ont soutenu que c'était grâce à elle que leurs enfants présentaient leur beau développement musculaire. L'auteur a montré d'ailleurs que la farine d'avoine contient une forte proportion d'azote, pour laquelle, en zootechnie, on considère l'avoine comme l'aliment de force par excellence. En outre, Sanson a isolé dans l'avoine, surtout dans l'avoine noire, un principe excitant spécial. Enfin l'avoine est une des farines les plus riches en fer. En sa qualité d'aliment tonique et excitant, la farine d'avoine a pu' ainsi être appliquée à la nourriture des enfants avec un certain avantage.

—

LE CERVEAU DES HYSTÉRIQUES.

A l'Académie de médecine de Paris, M. Luys a montré le cerveau d'une femme ayant succombé dans son service après avoir présenté pendant la vie des phénomènes hystériques manifestes; or, la conformation de ce cerveau offrait plusieurs particularités spéciales : un pli supplémentaire entre la pariétale et la frontale ascendantes : un épaisissement de certaines circonvolutions, etc.

L'auteur n'a pas prétendu qu'il s'agît dans l'espèce d'une lésion caractéristique propre à l'hystérie; le fait est unique jusqu'à présent, mais, s'il se confirmait, son importance serait grande. Il ne faudrait plus considérer l'hystérie comme un ensemble de troubles purement dynamiques; il y aurait à l'origine de la maladie un désordre cérébral particulier, souvent héréditaire et fatalement inhérent au sujet. On naîtrait hystérique, comme on vit et on meurt hystérique. L. D.

—

TROIS CAS DE RAGE DU LOUP GUÉRIS PAR LES CANTHARIDES.

Nous avons déjà signalé comme un vieux remède l'emploi des cantharides contre la rage communiquée à l'homme par morsure de

chien ou de loup enragé. W. Kartschewskji a donné, dans un journal de médecine russe, le résultat de ce traitement aux cantharides employé récemment chez trois personnes dangereusement mordues par un loup enragé. La face, le nez et les mains étaient le siège des morsures. Il fut administré 0,06 grammes de poudre de cantharides, par jour et pendant une semaine, jusqu'à ce que les patients accusassent une vive sensation de brûlure dans le canal de l'urèthre. En outre un emplâtre aux cantharides avait servi à fermer les différentes plaies. Sept mois se sont écoulés depuis ce traitement et les trois personnes se portent à merveille.

Le cas est surtout intéressant par ce que les blessures étaient dangereuses à cause de leur siège : la figure, le cou, parties dénudées et rapprochées du cerveau. Les morsures étaient d'ailleurs tellement vilaines que chez un des blessés, des lambeaux de peau, de plusieurs pouces carrés d'étendue, lui pendaient le long de la jambe près du creux poplité. E. V.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Prix fondé par un anonyme.

Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix : 8,000 *francs. — Clôture du concours* : 31 *décembre* 1888.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Sont exclus des concours (1) : 1° Le mémoire qui ne remplit pas

(1) Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent pas prendre part au concours.

les conditions précitées; — 2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement; — 3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président, en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

—

CONCOURS DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1886-1887.

Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles.

Prix : 800 *francs*. — *Clôture du concours* : 31 *décembre* 1887.

De l'hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies.

Prix : 500 *francs*. — *Clôture du concours* : 31 *décembre* 1887.

1886-1888.

Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté.

Prix : 600 *francs* — *Clôture du concours* : 1er *février* 1888.

Etudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique.

Prix : 500 *francs*. — *Clôture du concours* : 31 *décembre* 1888.

VARIÉTES.

—

LA NOUVELLE LOI SUISSE CONTRE LES ÉPIDÉMIES.

Art. 1er. — Les maladies épidémiques qui offrent un danger général (art. 69 de la Constitution fédérale) et auxquelles la présente loi est applicable, sont la variole, le choléra asiatique, le typhus pétéchial et la peste.

Art. 2. — A l'approche d'épidémies offrant un danger général, les cantons doivent pourvoir au contrôle de l'eau potable, des denrées alimentaires et des habitations, et tenir disponibles des locaux d'isolement et des moyens de transport convenables, ainsi que les asiles nécessaires pour personnes indemnes.

Art. 3. — Dans le cas des maladies dénommées à l'article premier, le maître du logis dans lequel le malade se trouve, est tenu d'en informer sans aucun retard l'autorité locale. Si c'est le maître du logis lui-même qui est atteint, cette obligation incombe à toute personne majeure faisant partie du ménage.

La même obligation incombe en outre au médecin qui traite le cas et qui doit aviser non seulement l'autorité locale, mais encore l'autorité sanitaire.

L'autorité locale ou sanitaire transmet immédiatement, après constatation médicale du cas, l'avis au gouvernement cantonal.

Art. 4. — Le malade et les personnes chargées de le soigner doivent être isolés, autant que possible, dans sa demeure. Les autres habitants de la maison, ainsi que les personnes qui ont été en contact avec le malade, peuvent, si les circonstances le commandent, être soumis temporairement à la surveillance médicale.

Le malade peut rester dans sa demeure, à condition que les prescriptions médicales concernant l'isolement puissent être convenablement observées et le soient en réalité.

Lorsque l'exécution de ces mesures n'est pas possible sans danger pour la sécurité publique ou n'a pas lieu, les autorités compétentes feront transférer le malade dans un asile convenable et interneront dans un local approprié les personnes en santé qui ont été en contact avec lui.

Art. 5. — Les malades, ainsi que les personnes non atteintes qui, sans qu'il y ait de leur propre faute, sont soumises aux mesures prévues dans l'article 4, ont, en cas de besoin, droit à l'entretien et au traitement médical gratuits, sans être pour cela considérés comme assistés ou tenus au remboursement. Les personnes non atteintes et

qui ont été délogées ou internées, ont droit en outre, si elles sont dans le besoin, à une indemnité équitable, en raison des circonstances, pour les pertes qu'elles auraient subies dans l'exercice de leur profession en suite de l'exécution de la loi. Les autorités administratives cantonales compétentes prononcent sur cette indemnité.

La surveillance médicale ordonnée éventuellement en vertu de l'arcle 4, § 1, est exercée aux frais de la caisse publique.

Art. 6. — En ce qui concerne la désinfection, le Conseil fédéral ordonne les mesures commandées par la nature de l'épidémie.

Art. 7. — Il édicte aussi les prescriptions nécessaires en ce qui concerne le transport des malades et des cadavres, ainsi que le trafic des marchandises pouvant communiquer l'infection.

Il détermine les mesures à prendre, par les entreprises publiques de transports, contre la propagation des épidémies.

En ce qui concerne le trafic international à la frontière et la surveillance au point de vue sanitaire, il peut ordonner des mesures spéciales.

Il est interdit de mettre le ban sur certaines localités ou contrées.

Art. 8. — Il sera bonifié aux cantons la moitié des dépenses qu'ils justifieront avoir été causées, à eux et aux communes, par l'exécution des mesures prescrites.

Art. 9. — Quiconque néglige d'observer ou élude des prescriptions de la présente loi ou les ordres spéciaux des autorités compétentes, est passible d'une amende de 10 à 500 francs.

Dans les cas graves et notamment lorsque les prescriptions de police sanitaire ont été violées intentionnellement, l'amende peut s'élever à 1,000 francs, à moins que les lois pénales cantonales ne soient appliquées.

Les demandes civiles en dommages-intérêts demeurent réservées.

L'enquête et le jugement, relatifs aux délits, visés par le présent article, sont du ressort des autorités et des tribunaux cantonaux.

Le produit des amendes est versé aux cantons.

Les amendes non payées sont converties en peines d'emprisonnement sur la base d'un jour de prison par 5 francs.

Art. 10. — Les cantons doivent pourvoir à l'exécution de la présente loi et soumettre à l'approbation du Conseil fédéral les lois et ordonnances édictées à cet effet.

Le Conseil fédéral surveille l'exécution de la loi et prend, dans ce but, les mesures nécessaires.

Art. 11. — Le Conseil fédéral est chargé de publier la présente loi et de fixer l'époque où elle entrera en vigueur.

QUELQUES OBSERVATIONS D'EMPLOI DE L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE DE M. CHASSAGNY.

Dans la séance du mois de février dernier, j'ai communiqué à l'Académie de médecine quelques observations cliniques dans lesquelles l'appareil élytro-ptérygoïde a été mis en usage.

Deux de ces observations surtout sont importantes : elles ont permis d'établir, par un examen direct, que la pénétration de la vessie dans la matrice — pénétration qui a été contestée par M. Hyernaux — est un fait positif, indéniable. Voici ces observations.

VI. — *Bassin de* 8 *centimètres; placenta praevia; accouchement provoqué à* 8 *mois*; *forceps*; *enfant vivant*, par M. le Dr *Vriamont*, de Hollogne-sur-Geer. (Voir *Revue médicale*, 1886, p. 63.)

VII. — *Pluripare*; *bassin de* 8 *centimètres*; *accouchement provoqué à* 8 *mois; prolapsus du cordon; version*, par M. le Dr *Demeersman*, de Landen.

Femme X., rachitique, bassin de 8 centimètres, a eu deux accouchements antérieurs malheureux et est arrivée au huitième mois d'une troisième grossesse.

Je constate que le col bien ramolli a encore toute sa longueur, est perméable au doigt et lui permet d'atteindre la tête au-dessus du détroit supérieur. Sur les conseils de M. le professeur E. Hubert, je me décide à provoquer, sans attendre davantage, l'accouchement au moyen de l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny.

Le 3 février 1887, je fais prendre à la femme quelques bains de siège et le 4 je lui applique l'appareil.

Première application de 2 h. 20 m. de l'après-midi à 2 h. 50 m. Pendant toute la durée de l'application je maintiens à la main le spéculum dans les parties. La femme ne se plaint que d'un sentiment de pression dans le bassin et d'un peu de gêne de respiration. Le col qui n'admettait qu'un doigt, il y a une demi-heure, en admet deux maintenant.

Deuxième application de 3 h. 5 m. à 3 h. 40 m. Contractions utérines assez fréquentes et fortes. Le col n'est pas encore tout à fait effacé, mais il est très souple et son orifice interne a les dimensions d'une pièce de deux francs. La poche des eaux bombe fortement dans cette ouverture pendant les douleurs. La tête n'a pas changé de place.

J'espère que le travail va continuer et je vais voir quelques malades dans le voisinage.

Troisième application de 6 h. à 6 h. 30 m. Les douleurs, qui avaient faibli pendant mon absence, se réveillent avec énergie. A chaque douleur un peu d'eau est projetée hors du vagin : elle provient d'une petite fissure de la vessie sur laquelle j'avais jeté une ligature qui a cédé.

M. le professeur Hyernaux a soutenu à l'Académie de médecine que la vessie ne s'insinue pas dans le col et ne pénètre pas dans la matrice. L'occasion de m'assurer de ce qui se passe en réalité me paraissait trop belle pour la laisser échapper. Je laissai donc s'écouler très lentement le liquide de l'injection et suivant du doigt la vessie affaissée dans le vagin, *je pus constater directement sa pénétration dans la matrice* où elle formait une ampoule contenant encore un peu d'eau et facilement reconnaissable parce qu'elle se tendait pendant la douleur.

L'ouverture du col a acquis les dimensions d'une petite paume de main. La tête s'est laissé dévier un peu de côté, et je sens une main et une anse du cordon ombilical. Je ramène aisément la tête sur le détroit supérieur par des pressions extérieures, mais la main et le cordon restent toujours accessibles.

A 9 heures, je romps la poche des eaux et je refoule main et cordon aussi haut que je le puis.

A 10 h. 30 m., la tête ne s'engageant pas, j'essaie de la saisir par le forceps, mais elle est très élevée et très mobile et elle échappe à l'instrument. Je réduis le cordon qui est tombé plus bas et je remets la femme au lit.

A 5 heures du matin la situation ne s'est guère modifiée : il n'y a eu que peu de douleurs. Nouvel essai infructueux de forceps, nouvelle procidence du cordon que je ne parviens plus à maintenir dans la matrice. Je me décide alors à introduire la main et je vais saisir les

pieds. L'évolution est rendue un peu difficile par le retrait de l'organe, mais l'extraction est aisée et rapide.

Enfant cyanosé. Je lui insuffle de l'air; il revient un peu et semble vouloir se ranimer. Mais je ne parviens pas à le débarrasser complètement des liquides qui obstruent ses voies respiratoires et il s'éteint une heure après sa naissance.

Couches normales.

De la première application de l'appareil élytro-ptérygoïde à la naissance de l'enfant, il s'est écoulé 15 heures.

VIII. — *Pluripare*; *bassin de* 8 *centimètres*; *accouchement provoqué à* 8 *mois par l'appareil élytro-ptérygoïde; enfant vivant*, par MM. *Eugène Hubert* et *Demeersman*.

Madame Z., grande femme osseuse, est venue me consulter il y a trois ans; elle avait eu deux accouchements très laborieux, et chaque fois le forceps avait amené un enfant mort.

Je suis très étonné de trouver chez une femme de si haute stature un bassin très étroit : l'angle sacro-vertébral est facilement accessible et j'évalue le diamètre sacro-pubien à 8 centimètres, au maximum. En conséquence je conseille de ne pas laisser la grossesse actuelle arriver jusqu'à terme et de provoquer le travail à huit mois.

Ce conseil est suivi. Le travail est provoqué par des douches vaginales. La tête lutte longtemps contre le rétrécissement, puis le franchit tout à coup. Enfant vivant.

Enceinte pour la quatrième fois, Mme Z., accompagnée de M. Demeersman, revient me consulter. Le palper abdominal nous permet de constater d'abord que la grossesse est parvenue à huit mois et qu'il n'y a, par conséquent, plus de temps à perdre; ensuite que l'enfant se présente par la tête, en position oblique gauche antérieure. Nous n'avons pas de difficulté à faire accepter l'accouchement prématuré qui a procuré déjà un travail relativement très doux et un enfant vivant. Nous prenons jour et le 10 février 1887 nous nous mettons à l'œuvre.

A 8 heures du matin nous procédons à un nouvel examen. Col long, bien ramolli, admettant le doigt jusqu'à la racine de l'ongle; *orifice interne fermé* et entouré de tissus n'ayant pas encore subi le

ramollissement. Voûte du crâne sur le détroit supérieur, très mobile. Les accouchements antérieurs ont laissé à la vulve les plus vastes proportions : le périnée est court et l'anneau vaginal a été profondément entamé en arrière, de sorte que nous prévoyons des difficultés pour le maintien de la vessie dans le vagin. De plus une grosse veine variqueuse rampe à l'entrée de la vulve et il y a des bourrelets hémorrhoïdaux dans le rectum. J'introduis l'appareil de M. Chassagny et je le mets en communication avec un réservoir d'eau situé 75 centimètres plus haut. Au bout de 17 minutes, la vessie fait hernie en arrière et je la retire.

J'étais disposé, je l'avoue, à renoncer à ce mode de provocation du travail et à en employer un autre. Je ne croyais plus, en effet, vu les circonstances défavorables où nous nous trouvions, que nous parviendrions à maintenir la vessie dans les organes. Mais M. Demeersman insiste pour que nous tentions un nouvel essai ; il espère qu'il réussira à contenir la vessie en empoignant solidement le spéculum, le pouce et l'indicateur introduits dans la vulve, et il est convenu que pendant qu'il soutiendra ainsi l'appareil, j'empêcherai la tête de s'écarter du détroit supérieur. Je dirai tout de suite que mon rôle a été facile et qu'il m'a suffi d'une main pour le remplir, le crâne légèrement soulevé ne manifestant aucune tendance à se dévier de côté. Mais le rôle de mon confrère a été beaucoup plus rude à soutenir et ce n'est pas sans peine qu'il est parvenu à empêcher de nouvelles hernies vésicales de se produire.

Au bout d'une quinzaine de minutes nous sommes obligés d'interrompre l'opération à cause des vives douleurs et du ténesme qu'elle provoque et que nous attribuons à la compression des veines variqueuses et des hémorrhoïdes. Une selle involontaire a été expulsée. L'utérus s'est contracté trois ou quatre fois et le col, largement ouvert en entonnoir, permet d'arriver aux membranes.

Nous constatons du doigt qu'un prolongement de la vessie dégonflée *est encore dans le col.*

Après une troisième application de 23 minutes, pendant laquelle l'appareil est impatiemment toléré, nous constatons que le col *effacé* présente une ouverture large à peu près comme une pièce de cent sous, dans laquelle la poche des eaux fait énergiquement saillie pendant les douleurs.

Nous croyons le travail lancé, mais la matrice retombe bientôt dans le repos, si bien qu'à 4 heures de l'après-midi M. Demeersman juge opportun de faire une nouvelle application de l'appareil élytro-ptérygoïde et, réfléchissant que les douleurs du matin ont peut-être été causées plutôt par la brusquerie que par l'énergie de la compression, il ne laisse plus affluer l'eau que très lentement. Et, en effet, la vessie gonflée petit à petit n'occasionne plus de douleurs et peut rester une heure en place, provoquant de 3 en 3 minutes des contractions utérines énergiques et franches.

La précaution est excellente et à retenir pour l'avenir.

La tête est toujours à l'entrée du bassin et la dilatation a acquis la largeur d'une petite paume de main.

De 9 h. 30 m. à 10 h. 30 m. dernière application à la suite de laquelle la dilatation est complète.

A 4 h. 30 m. rupture de la poche des eaux et une heure et demie plus tard expulsion d'un enfant mâle, bien portant.

Les observations qui suivent m'ont été communiquées par M. le Docteur Arnould, de Namur.

IX. — *Pluripare à huit mois et demi; placenta praevia; hémorrhagies; présentation vicieuse.*

Femme X., à huit mois et demi d'une troisième grossesse, a éprouvé deux hémorrhagies graves à huit jours d'intervalle et me fait appeler pour une troisième perte, plus grave encore que les deux premières.

Le col, encore long, admet à peine le doigt; il est recouvert en partie par le placenta. Le fœtus se présente par l'épaule gauche, en position dorso-postérieure.

L'écoulement de sang est instantanément arrêté par l'application de l'appareil de M. Chassagny, soumis à la pression d'une colonne d'eau de 65 centimètres de hauteur.

Au bout de deux heures d'application, bien supportée, les contractions utérines se déclarent. Après la troisième heure, sous l'influence d'une quinte de toux, la vessie sort un peu entre la commissure postérieure de la vulve et le spéculum : des linges et une bande sont appliqués pour empêcher la hernie d'augmenter.

A la quatrième heure, donc deux heures après l'apparition des premières douleurs, la patiente éprouve de violentes envies de pousser et je retire l'appareil.

Un peu de sang se remet à couler à chaque douleur, mais le col est assez large et assez souple pour que je puisse introduire la main et pratiquer la version. Elle amène un enfant mort.

Injection au sublimé.

Couches absolument normales jusqu'au sixième jour, où éclate brusquement une pleuropneumonie qui enlève la femme le quinzième jour après l'accouchement.

X. — *Pluripare à huit mois; placenta praevia; hémorrhagie.*

Les organes génitaux externes sont très larges et l'appareil élytroptérygoïde ne tient pas.

XI et XII. — M. le Docteur Arnould a encore essayé l'appareil de M. Chassagny dans d'autres circonstances, sur deux femmes qui avortaient.

Chez l'une, pluripare, vulve très large, l'appareil n'a pas tenu et il a fallu recourir à d'autres moyens de traitement.

Chez l'autre il s'est mieux conduit, a tari instantanément l'hémorrhagie et a déterminé rapidement l'expulsion complète de l'œuf. Il s'agissait d'une primipare à trois mois, dont le col était encore fermé.

Eugène HUBERT.

SUR LES INJECTIONS D'IODOFORME DANS LES ABCÈS FROIDS.

Il y a deux ans, nous avons indiqué dans la *Revue* (n° de janvier 1885) le résultat des essais institués à la clinique de Billroth, au sujet du traitement des abcès froids idiopathiques ou symptomatiques par les injections d'une émulsion d'iodoforme dans la glycérine. Aujourd'hui, nous nous permettons de revenir sur ce nouveau mode de traitement qui a suffisamment fait ses preuves et qui nous a donné dans bon nombre de cas des résultats avantageux.

Le professeur Verneuil — que l'on considère à tort comme le promoteur de ce mode de traitement — a cru avantageux de substituer la solution d'iodoforme dans l'éther à la suspension dans la glycérine. Le principal avantage de cette substitution consisterait en ce que l'éther, grâce à sa diffusibilité, se répand dans les plus petits diverticules de l'abcès : les parois se recouvriraient ainsi complètement, après la vaporisation de l'éther, d'une couche pulvérulente d'iodoforme que l'auteur a comparée à celle qui se dépose sur les objets dans les opérations galvanoplastiques.

Mais un résultat analogue ou à peu près peut être obtenu par l'injection de l'émulsion d'iodoforme pulvérisé : le liquide poussé avec une certaine force et de manière à distendre la poche pénètre également partout, et les particules solides en suspension se déposent rapidement sur les parois.

Nous ferons remarquer qu'il n'est pas indifférent que le médicament soit répandu ou non sur toutes les surfaces morbides ; l'iodoforme ne modifie en effet que les surfaces avec lesquelles il vient en contact immédiat. Dans le principe, on s'est laissé allé à croire que l'iodoforme était susceptible d'agir à distance dans un foyer morbide, mais, comme on peut l'observer tous les jours sur les plaies traitées par l'iodoforme, la putréfaction des tissus et la suppuration ne sont nullement empêchées sur les points de la surface non recouverts par la poudre, tandis que tout à côté les points recouverts présentent un bourgeonnement luxuriant de bonne nature. C'est là, soit dit en passant, une considération qu'on fera bien de ne pas perdre de vue dans la pratique.

Pour revenir à notre sujet, disons donc qu'il n'est pas prouvé que l'iodoforme soit plus utilement réparti sur les parois de l'abcès, avec l'éther comme véhicule au lieu de la glycérine.

D'autre part, l'emploi de l'éther offre plus d'un inconvénient.

Tandis que les injections avec la glycérine sont toujours parfaitement supportées, n'occasionnent ni douleur ni réaction, les injections d'éther sont moins bien tolérées.

Nous nous rappelons entre autres deux cas de collections purulentes en rapport avec des articulations où l'injection d'éther iodoformisé a occasionné des douleurs violentes, prolongées pendant plusieurs heures.

La douleur résulte surtout de la distension considérable que subissent les tissus après l'injection : l'éther en effet se vaporise à la température du corps, abandonnant sur les parois l'agent médicamenteux, ses vapeurs s'accumulent dans la poche sous une forte tension et soulèvent les téguments, de manière à reproduire la tumeur et même à lui donner des dimensions exagérées ; la tumeur résonne comme un tambour à la percussion. La distension et la sonorité de la tumeur ne doivent pas en imposer,comme il est arrivé dans un cas rapporté par Reclus *(Gazette hebdomadaire*, 1887, n° 1), où un médecin crut avoir affaire à une gangrène gazeuse, à marche foudroyante, et annonça une mort prochaine et certaine. L'auteur ajoute que la première fois qu'on a recours à la méthode, on est effrayé du brusque développement de la cavité. Il signale un cas de gangrène d'une certaine étendue de la peau recouvrant la tumeur, et l'attribue à la distension exagérée. Lorsque cette distension est considérable et qu'elle persiste en entraînant des douleurs, on peut se trouver dans la nécessité de faire une ponction, afin de permettre aux vapeurs d'éther de se dégager. Le bénéfice de l'injection n'est pas perdu néanmoins, car l'iodoforme se dépose en grande partie peu de temps après l'injection.

Disons encore que l'éther n'est pas comme la glycérine un véhicule indifférent pour les tissus : il agit à un certain degré comme irritant; c'est ainsi qu'on a accusé les injections sous-cutanées d'éther de provoquer parfois des névrites périphériques.

L'action de l'éther sur l'économie mérite aussi d'être mentionnée et, sous l'influence de son absorption, nous avons observé habituellement certains phénomènes d'éthérisation (vertiges, obnubilation des sens, bouffées de chaleur à la face). Toutefois, même après l'injection d'une quantité notable du médicament, ces phénomènes n'acquièrent aucune gravité.

Néanmoins, les considérations qui précèdent nous conduisent *à préférer en thèse générale la glycérine à l'éther comme véhicule de l'iodoforme pour les injections*. Il y a des cas cependant où l'éther doit être préféré : c'est lorsqu'il s'agit d'introduire l'iodoforme dans de petites collections purulentes pour lesquelles on aime à se servir de canules très étroites ; l'émulsion de l'iodoforme dans la glycérine passe difficilement dans les canules de fin calibre à cause de la viscosité du

liquide et de l'état pulvérulent de la substance médicamenteuse, tandis que l'iodoforme dissous dans l'éther s'introduit aisément dans ces cas, par exemple, au moyen de la seringue de Pravaz.

Le *manuel opératoire* est très simple ; on ponctionne la tumeur au moyen d'un trochart d'un calibre approprié à la nature du liquide qu'elle renferme : le pus des abcès froids étant le plus souvent grumeleux obstrue facilement les canules étroites.

La collection est vidée, grâce à l'appareil aspirateur de Dieulafoy ou simplement, par un trochart ordinaire. Si une certaine quantité d'air pénètre dans la poche pendant l'opération, il n'y a pas lieu de s'émouvoir outre mesure; l'accident — s'il peut être question d'accident — est sans importance. L'accès de l'air dans la poche purulente ne peut être nuisible, il est à peine besoin de le dire, qu'à raison des microbes qu'il renferme. Or, non seulement l'air est très pauvre en organismes inférieurs, mais ceux qui s'y trouvent ne sont pas ordinairement pathogènes. C'est l'introduction dans le foyer d'objets contaminés qu'il faut redouter avant tout ; à cet égard, les soins donnés à la propreté du trochart ont une importance autrement grande que les divers procédés par lesquels on cherche à éviter l'entrée de l'air.

Le pus évacué en tout ou en partie, on fait l'injection dans la poche à l'aide d'une seringue adaptée au trochart ; si l'on s'est servi de l'appareil de Dieulafoy, un simple jeu de soupapes permet de conduire le liquide dans la poche sans retirer l'instrument.

Avec la glycérine comme véhicule, on aura soin d'agiter le mélange immédiatement avant de l'aspirer, afin de répartir uniformément la poudre d'iodoforme dans le liquide et on fera rapidement l'injection afin de ne pas donner à la poudre le temps de se déposer.

Si l'on recourt à l'éther, il convient également de procéder à l'injection aussitôt après avoir aspiré le liquide dans la seringue, car, l'éther s'évaporant rapidement dans la canule, la poudre d'iodoforme déposée l'obstruerait facilement.

La quantité du liquide à injecter varie naturellement suivant les cas ; on tâche d'évaluer approximativement le volume de la tumeur, de manière à la distendre suffisamment par l'injection. C'est ainsi qu'on injecte des quantités variables de liquide depuis 5 jusqu'à 100 grammes et plus.

La quantité d'iodoforme varie dans les mêmes conditions, mais, pour les collections considérables, elle ne dépassera pas certaines limites, afin d'écarter tout danger d'empoisonnement. Or, la quantité qui peut être considérée comme inoffensive est de 4 à 5 grammes : en s'en tenant à cette dose, on pèche plutôt par excès de prudence, bien qu'on ait signalé des cas d'empoisonnement graves avec des doses moindres. On peut presque toujours dépasser impunément la dose de 5 grammes, mais elle est suffisante, même pour les collections les plus volumineuses. La proportion d'iodoforme dans le liquide injecté est réglée d'après la considération que nous venons de faire valoir ; l'iodoforme étant soluble dans l'éther dans la propor tion de 15 % à peu près, on se servira de cette concentration, lorsqu'on a affaire à de petites collections; pour les abcès volumineux, on abaisse la proportion du médicament : Verneuil conseille la solution à 5 %, et il a injecté ainsi sans inconvénient jusqu'à 120 grammes d'éther iodoformé, c'est à dire, 6 grammes d'iodoforme.

L'émulsion d'iodoforme dans la glycérine se fait en toutes proportions, celle à 10 % est la plus usitée, mais on peut se servir d'une émulsion plus faible, à 5 % par exemple, ou plus forte. à 20, 30 % ou plus, suivant les besoins.

L'injection terminée, on n'évacue pas le liquide; mais on le laisse dans la poche; avec l'éther, les vapeurs accumulées dans la poche sous une forte tension tendent à faire issue au dehors après l'enlèvement du trochart, et le trajet de la ponction pourrait ainsi rester fistuleux.

Pour éviter cet inconvénient, Reclus conseille de planter l'aiguille en tissu sain, à quelques millimètres de la cavité que l'on atteint en dessous par un trajet long et oblique; après enlèvement de l'aiguille, l'orifice interne et l'orifice externe ne se correspondent plus et les liquides de la poche ne peuvent arriver au dehors.

Le trochart retiré, il convient d'ailleurs d'oblitérer le point d'entrée, soit par du sparadrap, soit, ce qui vaut mieux, par un morceau de baudruche maintenu par du collodion.

La glycérine ou l'éther introduits dans les tissus disparaissent rapidement par résorption, mais la tumeur se reproduit pendant les premiers jours, grâce à la fluxion inflammatoire.

L'iodoforme resté à demeure exerce une action salutaire sur les parois de la poche, soit qu'il modifie les tissus de manière à les rendre inhabitables pour le bacille de la tuberculose ou les autres microbes, soit qu'il s'attaque directement à ces organismes. Une seule injection peut ainsi amener la disparition complète d'un abcès volumineux. Si la tumeur se reproduit, on répète l'injection, mais seulement au bout de 3 à 4 semaines, car l'iodoforme ne se dissont que très lentement et on en retrouve encore des quantités appréciables tapissant les parois de la poche, même au bout de ce temps. On ne s'étonnera pas d'évacuer par une seconde ponction un liquide de vilain aspect, — de consistance visqueuse, et de coloration brun-foncée — ces modifications du contenu sont dues à l'action du médicament.

Il arrive que, malgré les injections d'iodoforme, la poche s'ouvre et l'ouverture reste fistuleuse, mais même alors, la guérison vient plus sûrement et plus rapidement que quand la fistule se produit spontanément.

Au pis aller, la poche peut ne pas se fermer, parce que les parois fibreuses et résistantes ne bourgeonnent pas ou refusent de s'accoler, ou bien parce qu'elles restent infectées quand même et continuent à fabriquer du pus.

On en sera réduit alors à recourir au moyen curatif par excellence : l'incision large de la poche, le curettage des parois et le pansement antiseptique ; les injections d'iodoforme n'auront eu d'autre inconvénient que de faire perdre du temps. Certains chirurgiens préfèrent recourir d'emblée à cette pratique que justifient d'ailleurs pleinement les résultats obtenus, mais il faut avouer que cette manière de faire est moins à la portée de la plupart des praticiens et moins facilement acceptée par les malades que les injections d'iodoforme.

Malheureusement, il faut abandonner l'espoir que l'on avait un instant entretenu de guérir par les injections dans les abcès ossifluents la maladie osseuse initiale : si l'iodoforme arrive au foyer osseux malade, il le modifiera incontestablement d'une manière favorable, mais ce n'est que dans des cas légers, qu'on arrivera à une guérison radicale de la maladie. Il faut d'ailleurs remarquer que la maladie osseuse peut être guérie, au moment où se produisent les abcès. Ainsi,

au congrès des chirurgiens allemands en 1886, Volkmann a présenté une statistique de 58 cas d'abcès par congestion survenus sous l'influence d'affections tuberculeuses du rachis ou du bassin, et traités avec succès par l'incision antiseptique; 23 fois il obtint une réunion définitive par première intention; il persista une fistule dans les 35 autres cas. La maladie osseuse était donc guérie dans près de la moitié des cas au moment où les abcès ossifluents étaient apparus.

Les injections d'iodoforme n'ont pas été appliquées exclusivement au traitement des abcès ossifluents : tous les abcès froids en général peuvent être traités avec avantage par cette méthode. Elle nous a rendu entre autres des services précieux pour le traitement des collections purulentes résultant des adénites, particulièrement à la région du cou, où il importe d'éviter par dessus tout les cicatrices résultant des incisions.

C'est dans ces cas surtout que l'injection d'éther iodoformé au moyen de la seringue de Pravaz peut rendre des services, mais, comme le pus est souvent grumeleux et ne s'écoule pas par l'aiguille de la seringue, Verchère a conseillé de recourir à cet artifice : plonger d'abord dans la tumeur une aiguille de Pravaz que l'on laisse en place, puis évacuer le pus au moyen d'un plus fort trochart, et celui-ci retiré, fermer exactement son ouverture d'entrée par les moyens indiqués : on peut alors injecter l'éther iodoformé en adaptant la seringue de Pravaz à l'aiguille restée en place; le liquide reste ainsi dans la poche, car le trajet creusé par le passage de l'aiguille de Pravaz est très étroit.

Daprès Reclus, les injections iodoformées sont également utiles dans les adénites tuberculeuses non encore suppurées, mais en voie d'évolution : « on enfonce la seringue de Pravaz en pleine tumeur ganglionnaire; on y injecte le contenu; le tissu morbide se ramollit et se transforme en abcès froid; la réaction est peu vive, comme l'ont observé Verneuil et Verchère qui ont imaginé ce nouveau traitement. Lorsque la matière purulente est collectée, on la traite comme un abcès froid que l'on évacue et où l'on injecte de l'éther iodoformé. »

Le même auteur ajoute qu'il a eu recours à cette méthode pour des noyaux caséeux de la glande spermatique dans l'épididymite tuberleuse.

Les avantages du traitement par les injections iodoformées ne se bornent pas à la tumeur; mais le médicament est entraîné dans l'économie par absorption et va exercer une action salutaire sur l'état général ordinairement précaire des sujets atteints de tuberculose locale. Beaucoup d'auteurs ont signalé cette influence : Reclus parle d'un phtisique qui a paru bénéficier singulièrement d'injections pratiquées dans un abcès ossifluent de provenance costale.

Nous avons nous même observé un cas intéressant de cette nature; il s'agit d'un jeune homme, porteur d'une épididymite tuberculeuse suppurée, qui vit se développer dans le canal inguinal une tuméfaction dure et indolente, laquelle, après être restée longtemps stationnaire, aboutit à la formation d'un abcès froid volumineux.

Dans l'intervalle, l'état général du sujet s'était modifié d'une manière fâcheuse, au point que nous pûmes croire à une généralisation de la tuberculose : il y avait de l'amaigrissement, de la perte des forces, une pâleur extrême; des tuméfactions dures et indolentes se montrèrent dans les ganglions du cou et, dans les derniers temps, il survint une petite toux sèche très suspecte.

Nous fîmes la ponction de la tumeur au moyen de l'appareil de Dieulafoy et nous retirâmes 100 grammes environ d'un pus bien lié, non fétide, puis nous injectâmes dans la poche 80 grammes d'une émulsion à 10 % d'iodoforme dans la glycérine. Tout se passa parfaitement suivant la règle.

En revoyant le malade quinze jours après l'injection, nous fûmes frappés du changement survenu dans son aspect; il avait vraiment repris un air de santé florissante. Comme nous lui exprimions notre étonnement à ce sujet, il nous déclara spontanément qu'en effet, d'après ce qu'il avait constaté, son poids avait augmenté de 5 kilogrammes depuis le jour de l'injection, c'est à dire en quinze jours : il ajouta, ce qui nous surprit davantage encore, que les tuméfactions ganglionnaires du cou, qui l'avaient tant et à si juste titre préoccupé, avaient disparu comme par enchantement au bout de quelques jours.

Il en était bien ainsi en effet.

Fallait-il admettre que l'évacuation pure et simple de la collection purulente avait donné un résultat aussi remarquable? Mais, le pus

n'étant pas vicié et se trouvant bien enkysté, il ne pouvait guère être question de résorption ni d'infection purulente.

Nous écartâmes également comme accessoire l'influence de la préoccupation morale. Il nous restait donc à admettre que la transformation si radicale survenue dans l'état général du sujet devait être attribuée principalement à l'action salutaire de l'iodoforme, injecté dans la poche et entraîné dans la circulation. La résolution des adénites cervicales n'admettait sûrement pas d'autre interprétation.

Moleschott, le premier qui ait attiré l'attention sur les effets merveilleux de l'iodoforme, avait déjà insisté sur l'action résolutive manifeste exercée sur des adénites cervicales par de simples badigeonnages de la peau au moyen du collodion iodoformé à 15 %.

L'iodoforme, administré à l'intérieur, a procuré également entre les mains de plusieurs expérimentateurs la guérison rapide d'adénites multiples et volumineuses, surtout chez les adolescents, et nous nous servons communément de cette médication.

On comprend ainsi, et nous terminerons par cette conclusion, que Verneuil ait pu écrire :

« Le traitement—il s'agit des injections d'iodoforme—a été efficace au double point de vue de la lésion locale et de la santé générale. N'est-il pas permis d'en conclure que la guérison des abcès froids par les injections d'iodoforme est un premier pas de fait dans la voie où nous nous sommes engagés pour chercher les moyens de guérir la tuberculose? »

Dr DANDOIS.

L'EAU POTABLE DANS LES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE TYPHOIDE DE CHOLÉRA ET DE DYSSENTÉRIE.

M. Brouardel a fait récemment, au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, une conférence sur l'eau potable. Son discours ne traite pas la question avec tous les détails techniques que le sujet comporte. Il ne fait que signaler, en passant, comment la physique, la chimie et la biologie ont successivement concouru à établir les méthodes qui, aujourd'hui, servent à distinguer les eaux

pures, propres à la consommation, des eaux impures, causes des maladies les plus nombreuses et les plus graves. Mais les exemples qu'il cite, comme preuves à l'appui, sont concluants et les médecins y puiseront une conviction dont l'hygiène ne fera que profiter.

Parmi les impuretés de l'eau, les composés organiques tiennent la première place. Les êtres organisés vivants surpassent en puissance nocive les détritus des cellules mortes. A côté des animalcules grossiers, causes de certaines maladies bien déterminées, telle que l'anémie des mineurs provoquée par l'ankylostome duodénal, les parasites microbiens sont bien autrement redoutables, à cause de leur puissance colossale de reproduction et de la facilité avec laquelle ils échappent aux recherches des hygiénistes. Si, pour posséder une première notion sur la contamination d'une eau par les composés organiques, il suffit de flairer cette eau quand elle est restée trois ou quatre jours dans une carafe, il faut pour décéler le microbe de la fièvre typhoïde, par exemple, ou le bacille virgule du choléra, les procédés les plus délicats des cultures bactériologiques.

Il est important pour le médecin de se convaincre que la source de contamination d'une eau potable peut être distante de plusieurs kilomètres. Ainsi, M. Brouardel rappelle cet exemple : à trois kilomètres d'une fabrique d'aniline dans laquelle on employait l'acide arsénieux, les chevaux se sont trouvés empoisonnés par l'eau provenant de la nappe souterraine infectée par le puisard de cette fabrique.

Dès avant les recherches bactériologiques actuelles, les médecins s'étaient inquiétés de la transmission possible des maladies infectieuses par l'eau potable. Et les exemples les plus frappants de maladies propagées par cette voie avaient été signalés d'un peu partout. D'Angleterre notamment, dès 1866 : en effet, à cette date, Snow eut l'idée de pointer sur une carte de Londres les maisons particulièrement touchées par l'épidémie de choléra. Confrontant cette carte avec une carte de la distribution des eaux trouvée chez un ingénieur, il vit que le quartier plus particulièrement frappé correspondait à la distribution de la pompe de Broadstreet. La superposition était parfaite. Snow en conclut légitimement qu'il y avait un rapport direct entre le cours de l'eau et la marche de l'épidémie.

L'école anglaise continua ces travaux, et, développant cette idée a pu affirmer avec preuves à l'appui que 90 fois sur 100, c'était l'eau qui, par son mode de distribution, réglait le mode de propagation de la fièvre typhoïde.

En France, presqu'à la même époque, le docteur Michel (de Chaumont) fit une semblable campagne et mit fin à une endémie de fièvre typhoïde qui regnait d'un bout de l'année à l'autre à Chaumont. Le

réservoir des eaux utilisées pour l'alimentation de Chaumont était situé au bas de la colline, sur laquelle est bâtie la ville. Une machine élévatoire conduisait ces eaux du réservoir dans la ville. La position du réservoir rendait presque fatale sa souillure par les eaux d'infiltration descendant de Chaumont. Michel fit capter une autre source, et l'eau du réservoir cessant d'être employée, l'endémie de fièvre typhoïde cessa Pendant l'été de 1881 la munipalité de Chaumont eut l'idée d'employer de nouveau l'eau de ce réservoir, dit réservoir de la Tannerie. Quinze jours après, la fièvre typhoïde reparaissait à Chaumont

Entre le 1er et le 4 septembre 1879, la fièvre typhoïde subit à Auxerre une recrudescence extraordinaire. En quelques jours, chaque médecin de la ville eut plus de 50 malades à soigner. Le docteur Dionis des Carrières rechercha les causes de cette épidémie et voici ce que lui montra son enquête. Auxerre reçoit son eau de deux sources : la source du Vallan et une autre. Seules, les maisons alimentées par le Vallan avaient des malades. Une caserne alimentée par cette eau a vu presque tous ses habitants frappés par la maladie. Un couvent riche qui prenait ses eaux au Vallan avait 7 malades et eut 1 mort sur 39 religieuses constituant sa population. Un autre couvent, pauvre celui-là et contigu au précédent, tirait sa distribution d'eau d'un puits et n'avait pas de fièvre typhoïde. La maison d'aliénés, qui aurait dû être particulièrement atteinte, étant donné le tribut que paie ce genre d'établissement à toutes les épidémies, n'était pas frappée : c'est qu'elle recevait son eau de la même source, celle restée pure. Or, l'eau du Vallan avait été contaminée près de sa source par une ferme dans laquelle avait été soignée une femme venue de Paris avec la fièvre typhoïde. On jetait les déjections sur le fumier et les matières filtrant, entraînées par les eaux du ciel, avaient infecté la source du Vallan. Dionis des Carrières en fit la preuve expérimentale de la manière suivante. Il jeta de la fuchsine sur le fumier. Vingt minutes après, l'eau du Vallan était colorée en bleu. Il jetait de l'eau de noyaux sur ce même fumier : quelques minutes après l'eau du Vallan sentait le kirsch.

L'histoire des épidémies de la garnison de Saint-Germain-en-Laye nous conduit au même résultat pour la dyssentérie. Pendant une partie de l'année, l'eau de l'étang de Retz suffit à la consommation de Saint-Germain. A partir du mois de juin, on ajoute à la distribution de l'eau venant du Pecq. A partir de ce moment, la dyssentérie se montre et fait des ravages dans la garnison. En 1884, deux régiments, un des chasseurs, l'autre des dragons, buvaient la même eau et avaient tous deux de nombreux cas de dyssentérie. Le médecin du régiment des chasseurs décide qu'on ne se servira plus, dans son régiment, que

d'eau préalablement bouillie. L'épidémie de dyssentérie cesse chez les chasseurs, continue ses ravages chez les dragons.

La dernière épidémie de choléra à Gênes est tout aussi instructive. L'eau est amenée dans cette ville par trois aqueducs : l'aqueduc municipal, qui débite 1346 mètres cubes; l'aqueduc Galliera, qui en débite 190, et l'aqueduc Nicolay, qui en débite 1100. Le 15 octobre, le choléra éclate à Busalla, petite localité située en amont de l'aqueduc Nicolay. Or, de Busulla partait un torrent dans lequel on jetait les matières fécales et on lavait le linge. Ce torrent se déversait dans l'aqueduc Nicolay. Cinq jours après, le choléra éclatait à Gênes et y faisait une victime. Le 25 septembre, 50 habitants de Gênes étaient frappés. C'est alors que le syndic de la ville, le baron Podesta, faisant la remarque que sur les 50 malades, 48 avaient bu de l'eau de l'aqueduc Nicolay, ordonna la fermeture de cet aqueduc. Peu après, l'épidémie cessait. Sur 270 personnes frappées par le choléra à Gênes, 256 avaient bu de l'eau de l'aqueduc Nicolay, 4 de l'eau de l'aqueduc Galliera, 10 de l'eau de l'aqueduc municipal.

M. Brouardel continue à citer la petite épidémie de choléra au Guilvinec en Bretagne, qui l'année dernière emporta 73 habitants sur une population de 1500 âmes. Le sol du Guilvinec, formé par la dune, n'a pour ainsi dire pas de pente. A 1,50 mètre est placé le roc imperméable. Au milieu du village se trouve un lavoir qui sert au blanchissage du linge des habitants. L'eau de ce lavoir filtrait et infectait tous les puits. Le docteur Charrin ordonna la fermeture de ces puits et l'épidémie s'arrêta. Quand, peu de temps après, on eut rouvert un puits contaminé, l'épidémie se montra de nouveau, pour ne prendre décidément fin que lorsqu'on eut définitivement renoncé à ces eaux infectées. Grâce à ces sages mesures, le choléra de Bretagne se cantonna et ne put se propager.

A Lectuagat, placé de l'autre côté de la rivière, bien que des habitants du Guilvinec fussent venus y mourir du choléra, il ne se développa pas d'épidémie. Les habitants n'ont pas de puits et boivent une eau de source, située à 200 mètres du village.

M. Brouardel rappelle que Koch le premier a recherché dans les eaux d'alimentation les organismes pathogènes du choléra. A Pierrefonds, lors de la récente épidémie de fièvre typhoïde, on a cherché et trouvé le bacille de la fièvre typhoïde, comme Koch semble avoir trouvé le koma-bacille du choléra dans les eaux stagnantes cholérigènes de l'Hindoustan.

Pierrefonds est bâti dans une vallée et reçoit son eau d'une source qui coule au pied d'une colline sur laquelle est construit le château. Une rue de la ville (la rue du Bourg) et plus particulièrement trois

maisons de la rue, les maisons Caron, Bouvry et Resses, avaient été visitées cinq fois depuis quinze ans, par la fièvre typhoïde. Ce sont encore ces maisons qui en 1886, ont payé un si large tribut à la fièvre typhoïde. Pour se rendre compte de ces épidémies à répétition, il suffit de voir les conditions géologiques du sol de Pierrefonds. L'eau venant de la colline traverse un sable nummulitique, coule à travers les interstices du sol et arrive au-dessous des maisons de la rue du Bourg, où les habitants la puisent. Or, dans son trajet, cette eau se trouve en contact avec des fosses d'aisance qui, comme presque partout, ne sont nullement étanches et laissent filtrer des matières organiques. Pour augmenter encore le danger, les habitants de Pierrefonds envoient au moment des pluies, l'eau des toits dans les fosses. Les matières organiques sont alors diluées et entraînées dans la nappe d'eau qui sert à l'alimentation de la rue du Bourg. MM. Chantemesse et Widal ont pu voir que ces eaux renfermaient les bacilles de la fièvre typhoïde. Ils ont comparé ces bacilles avec ceux contenus dans le sang de la rate des typhiques pendant la vie. Ils ont trouvé que la similitude était parfaite au point de vue du mode de culture. La preuve a donc été faite presque complètement, aussi complètement que l'expérimentation le permet, puisqu'il est impossible de développer la fièvre typhoïde chez les animaux.

Un dernier point digne d'attirer toute notre attention : il y avait entre la fosse et les eaux environ 20 *mètres de sable*. Ce sable dépouillait les eaux de la plus grande quantité des matières organiques qu'elles renfermaient. Il laissait passer les organismes pathogènes, les seuls nuisibles dans l'espèce.

L'eau de Clermont-Ferrand vient d'au-delà de Royat. Dans son passage sous Royat elle coule dans des tuyaux de poterie. Ces tuyaux passent sous un lavoir, sous des fosses d'aisances et, n'étant pas étanches, permettent l'infection de l'eau. Aussi Clermont est une ville insalubre qui perd annuellement 25 habitants pour 1000 et le mois de septembre dernier jusqu'à 60, 80 personnes étaient prises de fièvre typhoïde.

L'eau de source, purifiée par la filtration à travers des *couches épaisses* de terrain, présente seule la sécurité absolue contre toute contamination. Mais on est ordinairement obligé d'avoir recours à l'eau de puits, à celle des rivières. Celles-ci sont suspectes; on ne pourrait assurer leur pureté que par des mesures de police sanitaire interdisant les puisards, les fosses non étanches, etc. Pour l'eau des rivières, on a essayé les filtrations à travers des couches épaisses de gravier, de charbon, etc. Jusqu'à ce jour, ces tentatives ont peu réussi. Ces filtres sont trop souvent des foyers où pullulent tous les micro-organismes.

Chacun doit faire sa sécurité personnelle, en ne buvant que de l'eau bouillie en temps d'épidémie, en utilisant pour les usages journaliers l'eau filtrée à travers des filtres soigneusement entretenus.

L'eau, toutefois, n'est pas le seul mode de propagation des épidémies Les mains souillées, les linges, le contact direct propagent les maladies infectieuses. Mais en ce cas, l'épidémie se circonscrit; elle ne se dissémine pas et n'exerce pas de ravages aussi tristes que ceux qui viennent d'être signalés. L'an dernier, un Italien atteint du choléra arrive à Marseille et meurt, après avoir infecté sa femme et sa mère. Le docteur Queyral intervient et fait désinfecter la literie et la maison. L'épidémie est éteinte dans son berceau. Marseille est épargnée et ne paye pas un nouveau tribut au choléra. Si ce résultat a pu être obtenu, c'est que l'eau n'avait pas été contaminée. Une fois de plus cet exemple démontre l'importance de l'infection des eaux! E. V.

—

TRAITEMENT DES BRULURES.

Les *Schmidts Jahrbücher* rendent ainsi compte du travail sur le traitement des brûlures par *V. Mosetig-Moorhof.*

Les dangers des brûlures étendues résident 1° dans la désorganisation d'une grande partie du revêtement cutané; 2° dans la destruction d'un nombre considérable de globules rouges du sang; 3° dans les altérations fonctionnelles consécutives du système nerveux, altérations d'autant plus grandes que la brûlure est plus étendue; 4° médiatement ou tardivement, — dans les dangers d'infection, dans l'épuisement par une longue suppuration, etc.

Un traitement rationnel devra tenir compte de toutes ces causes de danger et tâcher d'y porter successivement remède, dans la limite du possible, bien entendu.

Ce qui menace en premier lieu la vie du brûlé c'est incontestablement cette perte considérable de globules rouges du sang, cette oligocythémie aiguë atteignant un degré d'autant plus élevé que la brûlure a plus de surface.

Pour produire une oligocythémie intense — ainsi que l'ont démontré les travaux de Klebs, — il faut moins une brûlure rapide et profonde, qu'une brûlure lente et étendue.

Une température moins élevée, mais agissant assez longtemps pour arriver au résultat que donnerait plus rapidement, une chaleur plus intense, amène une destruction plus grande de globules rouges et partant augmente le danger de mort immédiate.

Quand la température est fort élevée, le sang se coagule rapidement

dans tous les vaisseaux superficiels, mais là s'arrête l'action de la chaleur sur le sang en circulation.

Quand, au contraire, la température moins élevée peut prolonger son action nuisible, le sang, continuant à couler dans les vaisseaux exposés à la chaleur brûlante, vient successivement exposer de nouveaux globules rouges à son influence destructive, et l'oligocythémie à le temps et l'occasion d'atteindre un degré très élevé.

Indication toute rationnelle dans ce cas : la transfusion.

L'auteur est convaincu qu'on n'apprécie pas à sa juste valeur l'excitation du système nerveux et son influence sur l'état général du brûlé. Et cependant Dupuytren déjà n'hésitait pas à attribuer la mort immédiate après brûlure aux douleurs intolérables qui accompagnent ces blessures.

Trois sortes de remèdes sont ici indiquées :

1° Les remèdes capables de mettre la surface de brûlure à l'abri de l'air atmosphérique, afin d'empêcher l'action irritante qu'excerce l'air ambiant sur les tissus lésés, d'où les douleurs ou du moins une exacerbation de ces douleurs.

Tels sont : les remèdes préconisés par *Busch :* recouvrir les plaies avec du guttapercha, et par *Charrière* : recouvrir les plaies avec les feuilles d'or servant à la dorure. Tel encore, le conseil de plonger, les parties brûlées dans des bains d'eau ou d'huile.

2° Le même résultat, — l'occlusion hermétique, — est obtenu en recouvrant les parties brûlées de différentes graisses : telles que des pommades diverses, du blanc d'œuf, le liniment oléo-calcaire.

3° On peut aussi rechercher l'anesthésie locale par l'application de mélanges analgésiques : soit une huile chloralée, soit de l'iodoforme, etc. etc.

Von Mosétig condamne l'emploi du liniment oléo-calcaire pour les brûlures étendues et le rapporteur des Jahrbücher partage cette opinion. L'action anesthésique du liniment est à peine appréciable. Et loin d'exercer une action antiseptique, ce liniment ouvre largement la porte à l'infection. L'auteur ne comprend pas, comment, dans ce temps d'antisepsie générale, on continue à traiter, contrairement aux règles fondamentales de la théorie microbienne, des plaies mille fois dangereuses, comme le sont les plaies par brûlures ; c'est-à-dire, que dans le pansement de ces plaies, on continue à employer des huiles qui fermentent si facilement.

C'est le pansement à l'iodoforme qui, d'après lui, réunit toutes les conditions favorables et présente toutes les garanties exigées par la chirurgie moderne.

Le pansement iodoformé est un excellent pansement anesthésique.

Quelques minutes après son application, le patient devient plus calme; et, un quart d'heure plus tard, il se laisse transporter sans trop se plaindre, alors même que les brûlures sont des plus étendues. Sous le pansement, la guérison survient sans fièvre et presque sans suppuration.

Quand les brûlures sont profondes, atteignant toute l'épaisseur de la peau, le danger d'un empoisonnement par l'iodoforme est relativement peu à craindre. Mais quand la brûlure n'a atteint que l'épiderme, mettant à nu la surface absorbante du corium dépouillé de son revêtement, il faut mettre plus de réserve dans l'emploi du médicament iodé.

Voici le pansement préconisé par Von Mosétig. Les parties, siège des brûlures, sont lavées avec des tampons d'ouate ou de charpie trempés dans la solution indifférente de chlorure de sodium à un demi pour mille. Les bulles sont ouvertes et les lambeaux d'épiderme enlevés. Aussitôt après cette préparation du terrain, on recouvre toute la surface de brûlure de gaze iodoformée, pliée en compresses.

Pour faire la gaze iodoformée, l'auteur n'admet que la solution d'iodoforme dans l'éther. Cette solution éthérée ne laisse pas, après évaporation, dans la gaze une poussière d'iodoforme que donnent comme une chose superflue, sinon nuisible, les autres procédés employés pour l'imprégnation antiseptique.

Au dessus des compresses iodoformées, on étale une feuille de gutta-percha, enveloppant parfaitement et serrant bien partout les parties blessées. Puis vient de la ouate, ou une autre substance absorbante, sur le papier, et à quelques centimètres au delà. Quelques tours de bande peu serrés servent enfin à fixer le tout en place.

La sécrétion descend sous le papier de gutta-percha, atteint la ouate et se laisse absorber par celle-ci. En approchant de la surface de la couche ouatée la sécrétion s'évapore et se dessèche.

A moins que la fièvre intense ou d'autres complications n'imposent l'inspection du pansement, on ne touche pas à cet appareil, avant 1 ou 2 semaines. Si la sécrétion perce, on peut se contenter de renouveler les couches d'ouate.

Jamais il ne faut enlever le gutta-percha; sinon la sécrétion se dessèche dans les compresses iodoformées mêmes et ces compresses desséchées pourraient agir comme une croûte de pus durci, retenant toute sécrétion en dessous elle.

A la figure ce pansement occlusif est naturellement inapplicable. Il faut dans ce cas recourir à une pommade iodoformée à excipient non décomposable : la *vaseline*, — 1 partie d'iodoforme pour 20 parties de vaseline. Journellement on met sur les plaies une couche de

l'épaisseur de quelques millimètres. Le malade porte en même temps un masque en gutta-percha.

Les résultats de Von Mosétig sont magnifiques. De 48 patients, atteints de brûlures graves et ainsi traités, 40 guérirent. Par ces brûlures graves l'auteur entend des brûlures au 2e et au 3e degré, s'étendant au moins sur toute une région du corps.

Les huit insuccès se présentèrent d'emblée comme des cas désespérés, tellement les brûlures étaient profondes et étendues.

Le rapporteur ajoute, que, à la clinique chirurgicale de Leipzig, on chloroformise le patient pour laver et désinfecter les plaies et lui appliquer ensuite un pansement occlusif antiseptique. Le plus souvent c'est aussi la gaze iodoformée qui a servi à ce pansement. Les résulats ont été également magnifiques. Pas de plaintes sérieuses au sortir du sommeil chloroformique, pas d'empoisonnement par l'iodoforme, une cicatrisation sans réaction.

E. V.

PROPHYLAXIE DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Il y a quelques années, Mr le professeur Crédé, l'accoucheur bien connu, recommanda d'instiller dans les yeux de chaque nouveau-né, immédiatement après la première toilette de l'enfant, une goutte de la solution de nitrate d'argent à 2 %. Ce traitement prophylactique, dirigé contre la conjonctivite purulente des nouveaux-nés, devait faire disparaître, à peu près complétement, une ophtalmie dont les conséquences graves étaient démontrées, si clairement, par les statistiques que fournissent les hospices d'aveugles de tous les pays. Notre journal a parlé à différentes reprises de cette médication prophylactique et nos lecteurs ont pu lire les heureux résultats auxquels aboutirent les accoucheurs, qui eurent le courage de l'appliquer. Dans le principe les oculistes ne montraient pas grand enthousiasme pour l'idée du professeur Crédé. Ils avaient la conviction, que l'introduction d'un principe, aussi irritant que le nitrate d'argent, dans un organe aussi sensible que l'œil du nouveau-né, devait, dans bien des cas, provoquer une inflammation de la conjonctive et favoriser peut-être l'éclosion d'une maladie dont le moment d'infection n'était pas limité aux seules heures de l'enfantement.

Les succès signalés depuis dans les statistiques des grandes maternités d'Allemagne et de France, prouvèrent que ces appréhensions des oculistes n'étaient nullement fondées. L'ophtalmie des nouveauxnés, qui, dans certaines maisons d'accouchement, frappait jusqu'à 10 %

de ses petits pensionnaires, semblait vouloir complétement disparaître : à peine un nourrisson sur cent, ou même un sur deux ou trois cents, contractait encore la blennorrhagie oculaire dans les cinq premiers jours qui suivaient la naissance.

En Allemagne, on s'est demandé à plusieurs reprises, si, en présence de ces beaux résultats, il n'était point du devoir de l'Etat, d'imposer par décret, l'instillation du collyre prophylactique chez tous les enfants ou du moins de la rendre obligatoire pour les maternités? Après ces quelques années d'expérience, voici comment répond à cette question le comité supérieur d'hygiène consulté à cet effet.

Le procédé de Crédé, consistant dans l'instillation d'une goutte de la solution de nitrate d'argent au cinquantième, dans les yeux du nouveau-né, a fait ses preuves, comme une excellente médication prophylactique contre l'ophtalmie purulente des enfants.

Le seul inconvénient que présente la méthode, c'est d'irriter la muqueuse conjonctivale et de produire ainsi des états congestifs de l'œil, qui peuvent empêcher les gardes-couches de reconnaître le début d'une vraie ophtalmie, si celle-ci venait encore à se déclarer les jours suivants.

Les résultats que donne la méthode prophylactique de Crédé sont splendides : il faut le reconnaître. Les statistiques disent que le pour cent des enfants atteints d'ophtalmie purulente est tombé à 2, et même à zéro pour certaines maisons. Et, parmi les ophtalmies que l'on signale encore maintenant, un grand nombre sont certainement le résultat d'une infection tardive, plusieurs jours après l'accouchement.

A la clinique d'accouchements de l'Université de Berlin, la méthode a été soumise à un contrôle. Quand on instillait de l'eau distillée, le pour cent remontait à 4. Quand on se contentait de laver les yeux des nouveaux-nés avec un linge propre, le nombre des ophtalmies retombait à 1, 3 %.

Dans les maternités où l'on a remplacé le nitrate d'argent par une solution de sublimé à 0, 2 %, le résultat s'est montré en général aussi favorable qu'avec la méthode de Crédé. Ces solutions de sublimé ont d'un autre côté l'avantage d'être beaucoup moins irritantes pour l'œil.

Le comité estime néanmoins qu'il n'est pas utile, à l'heure actuelle, de décréter comme obligatoire la méthode de Crédé, dans les maternités universitaires et les maisons d'accouchements dirigées par des accoucheuses. Il serait même imprudent d'étendre cette obligation aux accouchements faits en ville par les sages-femmes.

Toutes les conjonctivites purulentes des enfants ne présentent pas la même gravité, ainsi qu'il résulte des recherches instituées à la maternité universitaire de Berlin. Il est une ophtalmie bénigne sans

microbes et une ophtalmie maligne avec gonococques. Dans 1700 cas de la première ophtalmie, il a été impossible de découvrir des micro-organismes. Le pus était parfaitement fluide. Et, sans traitement aucun, ces ophtalmies guérissaient aussi bien et aussi rapidement que si l'on avait institué le traitement ordinaire de l'ophtalmie purulente.

Dans les cas malins le diplococque de Neisser était constamment présent comme dans la sécrétion de la gonorrhée. Le pus de cette ophtalmie maligne est épais et se coagule facilement à cause de la présence d'une grande quantité de fibrine. Il semble donc que parmi les enfants atteints d'ophtalmie purulente il n'y a d'ophtalmie blennorrhéique que chez ceux qui sont nés de mères atteintes de gonorrhée. La généralisation de la méthode de Crédé ne paraît donc pas s'imposer.

(Centralblatt für Augenheilkunde). E. V.

—

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NÉ.

A la clinique de M. le Dr Landolt (*Hubscher, Annales d'oculistique)*, les conjonctivites purulentes, avec gonococques, sont traitées de la manière suivante : lavages répétés toutes les deux heures avec une solution de sublimé au 1/5000 ; compresses glacées de 6 à 8 heures par jour, pendant les premiers temps, et renouvelées toutes les trois minutes ; cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent *mitigé*, 1/1, dès que la sécrétion est franchement purulente.

La recherche des cocques dans la sécrétion des petits malades par la méthode si simple de coloration au violet de gentiane (solution alcoolique de violet de gentiane à 5 p. c.), a permis à l'auteur de constater que l'amélioration et la terminaison favorable de la maladie marchaient de concert avec une diminution et finalement une disparition complète des gonococcus.

Je suis loin d'admettre, d'une façon aussi générale, cette concordance régulière de la disparition des microbes et de l'amélioration proportionnelle de la maladie.

Pour savoir où en est la maladie et m'instruire, s'il faut oui ou non continuer les cautérisations au nitrate d'argent, ou y substituer une médication astringente moins énergique, j'ai l'habitude, quand l'ophtalmie purulente traîne, d'examiner le pus au point de vue du microbe en question, Je m'assure de la sorte que je ne me trouve pas devant une simple conjonctivite purulente entretenue par la cautérisation elle-même, ainsi que cela arrive.

Or, bien des fois j'ai été surpris de trouver le gonococque extraordi-

nairement abondant dans les cellules de pus, alors que la suppuration des conjonctives était réduite à peu de chose, et alors que, au fort de la maladie, le pus abondant de la période aigue n'en avait renfermé que de rares exemplaires.

Bumm, qui pense que les microbes de la gonorrhée envahissent, de la surface vers la profondeur, l'épithélium conjonctival et le tissu dermique sous-épithélial, pour être ramenés ensuite à la surface, après la période aigue de la maladie, par les globules blancs du sang émigrés par diapédèse ; — Bumm, de même, a soutenu l'opinion contraire à celle exprimée par Hubscher.

Dernièrement encore, M. Bockart, d'après des recherches nouvelles sur la blennorrhagie uréthrale, a confirmé les affirmations de Bumm.

D'un autre côté interpréter l'action du nitrate d'argent, en disant que la cautérisation produit une eschare qui s'oppose à la pénétration des micrococques dans les couches plus profondes de la muqueuse, c'est opposer une pure hypothèse à des expériences confirmées de plusieurs côtés. Cette interprétation n'a donc aucune chance d'être adoptée. Le nitrate d'argent, dont la valeur thérapeutique dansl 'espèce est bien établie, ne peut agir de la sorte.

Les lavages *antiseptiques* sont aussi côtés trop haut, par Hubscher.

Les gonocoques répandus dans le pus peuvent être tués par la solution de sublimé ou mieux — je pense — peuvent être entrainés par le lavage antiseptique. Mais il en restera toujours suffisamment dans la profondeur du derme pour entretenir la maladie. Les tentatives malheureuses de traitement par les simples lotions antiseptiques au sublimé, l'ont démontré suffisamment.

Quant au crayon de nitrate d'argent, je lui préfère — même quand il est mitigé — la solution à 2 %, admise et appliquée partout.

Voici, d'après Bockart, la composition du pus gonorrhéïque uréthral, aux diverses périodes de la maladie :

1° Quand les gonococques déposés, pendant le coït compromettant, sur les cellules épithéliales de la fosse naviculaire de l'urèthre, ont pu se multiplier et s'infiltrer dans toute l'épaisseur du revêtement épithélial, la période d'incubation cesse et la sécrétion commence : elle est séreuse, avec peu de globules de pus, assez bien de cellules épithéliales et quelques rares gonococques. Ceux-ci sont libres dans ce liquide ou reposent sur la surface des cellules épithéliales. C'est à peine si on en trouve groupés, avec leur arrangement caractéristique, dans l'un ou l'autre globule de pus.

2° Les gonococques ont dépassé l'épithélium et ont atteint les espaces lymphatiques des papilles dermiques et du derme en général, et s'y multiplient avec rapidité : l'organisme réagit avec violence ; les

globules blancs sont fournis en masse, la sécrétion devient franchement purulente et est très abondante. Au microscope : des globules de pus surtout, assez bien de cellules épithéliales, *très peu de gonocoques*.

3° La muqueuse urèthrale s'est ramollie par l'inflammation. Les globules blancs arrivent aisément à la surface entraînant avec elles, au dehors, les gonococques. Le pus abondant ne contient plus que des globules de pus, renfermant les agglomérations bien connues de diplococques. Les cellules épithéliales ont disparu dans la secrétion.

A partir de ce moment, *si l'élimination des globules de pus chargés de diplococques se fait régulièrement*, la maladie ira en diminuant en proportion de la diminution des gonococques dans le pus. Mais combien de fois cette élimination se fait-elle irrégulièrement, et combien de fois la disparition du microbe coïncide-t-elle avec une exacerbation de la maladie ? Et de quelle utilité peuvent-être ici les eschares emprisonnant les microbes ? C'est comme si on empêchait le pus d'un abcès ouvert de s'écouler librement au dehors.

Le sublimé et le nitrate d'argent ne peuvent agir comme antiseptiques qu'au début de la maladie. C'est la confirmation de l'observation clinique préconisant les traitements abortifs.

Plus tard, le sublimé ne sert qu'à laver l'œil, à entraîner le pus, avec tous les principes nuisibles qu'il contient : microbes et autres.

L'action thérapentique du nitrate d'argent demeure toujours inexpliquée E. V.

—

DE L'ANALGÉSIE HYPNOTIQUE PEMDANT L'ACCOUCHEMENT.

Le Dr Dumontpallier, de l'Hôtel-Dieu de Paris, a eu l'occasion d'étudier expérimentalement l'hypnotisme pendant le travail de la parturition. Il s'agissait d'une jeune femme enceinte chez laquelle il déterminait facilement le somnambulisme par une pression sur le vertex, en même temps que par la suggestion verbale.

« Le somnambulisme, dit-il, fut d'abord mis en usage, pendant la grossesse, et cela avec succès, pour calmer et faire disparaître les douleurs utérines qui se répétaient plusieurs fois par jour. Bientôt ces douleurs cessèrent complètement. Plus tard l'hypnotisme ne fut déterminé chez cette jeune femme, jusqu'à la fin de sa grossesse, que dans le but de produire un entraînement qui devait rendre plus facile et plus certaine l'hypnotisation au moment de l'accouchement.

« Au commencement du neuvième mois de sa grossesse, après avoir calculé d'après l'apparition des dernières règles que l'accouche-

ment pourrait avoir lieu vers le milieu du mois de décembre, j'avais à plusieurs reprises suggéré à cette jeune femme, pendant le somnambulisme, que le travail de l'accouchement commencerait le 15 décembre et je lui avais plusieurs fois recommandé, toujours dans le sommeil provoqué, de n'accoucher qu'en ma présence.

« Le 15 décembre venu, le travail n'eut pas lieu, et le toucher me permit de constater que le col utérin n'était point effacé. La première phalange de l'index pénétrait facilement dans le col utérin mollasse, mais l'orifice interne était fermé. Il n'y avait point de douleur, mais l'état de la vulve et des seins autorisait à dire que le travail commencerait dans un avenir prochain. La tête du fœtus se présentait en occipito-iliaque gauche antérieure.

« Le 28 décembre, les premières douleurs avaient commencé dans la nuit : douleurs faibles, éloignées d'abord, puis plus fortes, plus fréquentes à partir de six heures du matin, et quand j'arrivai, à huit heures et demie, la paturiente me demandait de tenir ma promesse, de la faire accoucher sans douleur. La tête du fœtus était engagée dans le petit bassin, en occipito-iliaque gauche antérieure. Le col de l'utérus, complètement effacé et appliqué sur la tête du fœtus, présentait une dilatation de 3 centimètres de diamètre. Les douleurs étaient assez vives, les contractions utérines bien accusées et nettement appréciables. Le somnambulisme fut facilement déterminé par la pression sur le vertex ; les contractions utérines avaient lieu toutes les six à dix minutes et avaient une durée de une minute à une minute quarante-cinq secondes. La paturiente, pendant le somnambulisme, sentait très bien les contractions utérines, mais elle affirmait que ces contractions n'étaient pas douloureuses. Venait-on à la réveiller, aussitôt que les contractions utérines avait lieu, la parturiente souffrait, elle criait et demandait à être endormie de nouveau. Pendant l'état de veille on constate que les contractions utérines sont plus fortes, moins longues et que l'intervalle qui les sépare n'est guère que de quatre minutes. Il conviendrait donc de rechercher, par de nouvelles observations, si l'accouchement est plus lent pendant le somnambulisme que pendant l'état de veille. Je dis pendant le somnambulisme, parce qu'il a été constaté, dans trois observations de la clinique du professeur Karl Braun, de Vienne, que pendant la léthargie, l'accouchement s'est fait très rapidement. L'influence de l'hypnotisme sur la fréquence, sur la puissance des contractions utérines et sur la durée du travail doit être réservée.

« Quoiqu'il en soit, dans le cas particulier, il est permis de supposer sinon d'affirmer, que l'état de somnambulisme a diminué la fréquence et la puissance des contractions utérines, tout en prolongeant la durée

de chacune des contractions. — Mais la patiente, lorsqu'elle était réveillée, réclamait l'hypnotisation, parce qu'elle ne souffrait pas, bien qu'elle se rendît parfaitement compte, dans l'état somnambulique, de la marche du travail. — « Voilà, disait-elle, une grosse douleur, voilà une petite douleur. » — Voulez-vous être réveillée ? — « Oh ! non, répondait-elle immédiatement, quand je dors je ne souffre pas, et quand je suis réveillée, je crie. J'ai tant souffert avant votre arrivée. ! »

« Les contractions petites et moyennes ne réveillaient pas la parturiente, mais une très forte contraction la réveillait en sursaut, ses yeux étaient hagards et sa figure exprimait subitement une très vive souffrance. Elle pouvait cependant être endormie de nouveau, et, si les douleurs n'étaient pas excessives, le réveil n'avait pas lieu. — De une heure vingt à sept heures du soir, le travail marchait d'une façon régulière et la parturiente réclamait toujours d'être réendormie lorsqu'elle avait été réveillée par l'acuité d'une douleur ou par l'expérimentateur. Il résultait donc de l'observation attentive, continue, pendant dix heures, de neuf heures du matin à sept heures du soir, que l'état somnambulique avait procuré plusieurs heures d'analgésie utérine, et cela, à la grande satisfaction de la parturiente. A partir de sept heures vingt, la pression sur le vertex et la suggestion verbale ne déterminèrent plus le somnambulisme, les douleurs étaient trop vives, — à huit heures quarante, l'accouchement était terminé. —

Les suites des couches furent normales. L'enfant est né dans les conditions favorables. Quels enseignements, se demande M. Dumontpallier, peuvent être tirés de cet observation ? « D'abord, il est établi par ce fait particulier que, chez une primipare, l'état somnambulique a pu déterminer pendant la première période de l'accouchement une analgésie complète, et que, pendant la seconde période, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente, — c'est-à-dire que l'analgésie cessait d'exister lorsque survenaient de très violentes contractions utérines. Mais, dans la troisième période du travail, lors des fortes pressions de la tête sur le périnée et de l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne, l'hypnotisation a été impossible chez cette jeune femme.

« Voilà ce que j'ai observé. Toutefois une observation rapportée par le Dr Pritzl (1), assistant ds Karl Braun, à Vienne, permet de penser que, dans l'état léthargique, la femme peut accoucher sans avoir conscience de l'accouchement. Il importe donc de ne pas s'en tenir à la

(1) Léonard, thèse Paris, 1886. *Hystérie pendant la grossesse et pendant l'accouchement.* — Prizl, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 7 novembre 1885, obs. trad. par Potocki, interne des hôpitaux.

période somnambulique, mais de produire l'état léthargique, pour obtenir l'analgésie, surtout à la fin du travail de l'accouchement. »

L'hypnotisation acquerra-t-elle, un jour, en obstétrique une grande importance pratique ? Nous ne le pensons pas. Toutes les femmes, heureusement, ne sont pas affligées du degré de nervosisme qui permet l'hypnotisation. Celles même qui sont susceptibles de se laisser mettre en état de somnambulisme, de léthargie ou de catalepsie, semblent devoir avoir été soumises à un certain entraînement préalable pour obtenir les bénéfices de l'anesthésie au moment de l'accouchement. Enfin bon nombre de femmes refuseront toujours — et nous ne saurions les en blâmer — de se mettre sous la dépendance d'un magnétiseur, si recommandable fût-il. Les inconvénients psychiques et moraux de l'hypnotisation nous semblent devoir faire préférer l'analgésie procurée par d'autres moyens, tels que le chloroforme et la cocaïne. E. H.

—

DES PLACENTAS MULTIPLES DANS LES GROSSESSES SIMPLES (1).

M. Ribemont-Dessaignes, accoucheur de l'hôpital Beaujon, vient de publier sur les placentas multiples un travail d'un grand intérêt pratique.

Il commence par rappeller que la disposition mono-discoïdale n'est pas exclusivement propre à l'espèce humaine : on la retrouve habituellement chez le chimpanzé et parfois chez le gibbon. Chez les Pithéciens il est le plus souvent formé par deux masses inégales dont la plus grosse donne insertion au cordon. Ces placentas doubles s'observent aussi dans l'espèce humaine, moins rarement qu'on ne le croit généralement. Ainsi du 1 septembre 1883 au 16 décembre 1886, à la Maternité de Paris, sur 6701 accouchements on a trouvé 19 placentas présentant un ou plusieurs lobes accessoires, soit un sur 352.

Blot a décrit un placenta à cinq petits cotylédons rangés, comme des satellites, autour d'une masse centrale plus grosse. Nous en avons reçu un en chapelet, composé de cinq petits placentas larges chacun comme une paume de main.

Or un cotylédon accessoire peut facilement être retenu, soit que les membranes qui le relient à la masse principale se déchirent pendant la délivrance, et alors l'ouverture de l'œuf au lieu d'un bord uni présente des bords déchiquetés, soit que, plus solidement uni à l'utérus qu'au chorion, il se sépare des membranes sans déchirures.

(1) *Des placentas multiples dans les grossesses simples*, par le Dr Ribemont-Dessaignes. Paris, G. Steinheil, édit. 1887. 45 p.

Dans ce dernier cas surtout, l'accoucheur peu attentif s'éloigne en sécurité, et cependant la femme reste exposée à tous les dangers de la rétention, hémorrhagies secondaires et infections.

Il importe donc toujours de surveiller de très près la délivrance. Selon Tarnier les membranes peuvent être retenues ou par des adhérences anormales — ou par leur entortillement autour d'un caillot trop volumineux pour traverser le col rétracté — ou par leur continuité avec un lobe encore adhérent.

Or, lorsqu'il s'agit d'un placenta accessoire, il existe *toujours*, dit M. Ribemont-Dessaignes, des *vaisseaux* plus ou moins volumineux, qui *parcourent le pont membraneux* étendu entre le placenta accessoire et le placenta principal. » Le nombre de ces vaisseaux et leur volume seraient en rapport constant avec le nombre et l'importance des placentas succenturiés restés en arrière. « Ainsi, dit Tarnier, avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes tendues, on peut diagnostiquer l'existence d'un placenta accessoire, si ces membranes sont parcourues par quelques vaisseaux venant se rendre dans les artères et les veines ombilicales qui rampent à la surface du placenta extrait. »

La méthode de Crédé, ou la délivrance par expression, favoriserait la rétention des cotylédons isolés, et l'on a plus de chances d'obtenir une délivrance complète par de légères frictions sur le ventre et des tractions prudentes sur les membranes. Le cotylédon accessoire ne venant pas, il faut, sans retard, introduire la main dans l'utérus, aller à sa recherche, le décoller et l'extraire, ou, si l'on n'y parvient pas, instituer une thérapeutique antiseptique énergique.

Le travail de M. Ribemont-Dessaignes contient XXV observations très intéressantes et un grand nombre de figures, admirables d'exécution, dessinées par l'auteur lui-même. E. H.

—

SALICYLAGE DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

De même qu'en Belgique au sujet du reverdissage des denrées alimentaires par les sels de cuivre, en France, le gouvernement a consulté l'Académie de médecine sur l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires, et la solution donnée par les deux sociétés savantes a été à peu près équivalente dans les deux cas.

Telles sont les conclusions votées par l'Académie de médecine de Paris à la séance du 25 janvier : 1° Il est établi, par l'observation médicale, que des doses faibles mais journalières et prolongées d'acide

salicylique ou de ses dérivés peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

2° En conséquence, l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

Ces conclusions n'ont toutefois pas été adoptées sans protestation ; il s'en faut en effet que la nocuité de faibles doses d'acide salicylique longtemps continuées soit bien démontrée. On sait par exemple que Kolbe, l'inventeur de l'acide salicylique, s'est soumis pendant toute une année à l'usage de boissons salicylées en quantité notable, et a pris en outre journellement une dose supplémentaire de 50 centigrammes à un gramme de la substance, sans que sa santé en eût éprouvé quelque dommage : le seul effet constaté a même été favorable, en ce sens que l'auteur s'est débarrassé, grâce à ce régime, d'une dyspepsie qui le tourmentait depuis longtemps.

On paraît d'ailleurs s'être basé plutôt sur des hypothèses que sur des faits bien établis, pour conclure au danger de l'introduction dans l'alimentation publique des substances salicylées.

On s'est demandé si ce n'est pas à l'usage de telles substances qu'il faut attribuer en partie le nombre toujours croissant des albuminuries et des dyspepsies ; d'autre part, comme il y a jusqu'à quatorze sortes de substances alimentaires pour lesquelles le salicylage a été conseillé et le plus souvent pratiqué, une même personne, à la fin de la journée, pourrait ainsi avoir absorbé une quantité très forte d'acide salicylique.

Quant aux doses de la substance, diverses analyses auraient montré que les vins salicylés en renferment une moyenne de 15 à 30 centigrammes par litre ; les bières, 10 à 40 centigrammes ; le cidre, 10 à 20 centigrammes.

Une personne saine élimine en général facilement la quantité d'acide salicylique ingérée, mais en est il de même chez tous les sujets, et n'y a-t-il pas à craindre que l'acide salicylique, par l'élimination lente des reins, ne s'accumule dans l'économie ? Ne doit-on pas admettre, a dit Brouardel, que chez des sujets dont les reins sont altérés cette accumulation produise à la longue des symptômes graves et peut-être des accidents mortels ?

Si les accidents observés sont encore rares, c'est que, d'après le rapporteur M. Vallin, l'attention n'a pas encore été assez portée sur ce point et que les médecins ne songent pas d'ordinaire à rechercher l'acide salicylique ou ses dérivés dans l'urine de personnes qui pré-

sentent des symptômes gastralgiques. Dans certaines observations, huit jours après la cessation du médicament, l'urine se colorait encore par l'addition de perchlorure de fer.

Il n'est pas en pareille matière de tolérance possible, et puisqu'on peut conserver les aliments sans recourir à cette pratique, disait encore M. Vallin, il est préférable de prohiber absolument l'emploi de substances le plus souvent dangereuses ; agir autrement, ce serait donner en quelque sorte une prime à la vente des aliments et des boissons sophistiqués ou drogués.

Mais c'est là précisément que se trouve la difficulté de la question. Interdire absolument l'emploi de l'acide salicylique pour la conservation des substances alimentaires, c'est s'exposer à voir les industriels et les commerçants, a repliqué M. C. Paul, écouler des sirops, des boissons, des conserves, etc. détériorés et gâtés, et *mieux vaut consommer des aliments salicylés que des aliments altérés et fermentés.*

Il ne sera pas inutile de rappeler à ce propos que des produits salicylés ont été primés à l'exposition d'Anvers.

On a répondu à cet argument en assurant que le salicylage n'était utile qu'aux débitants de bières mal préparées pour l'exportation. « Est-il bon de favoriser, ajoute la *Gazette hebdomadaire* 1886 n° 53, aux dépens des brasseurs consciencieux et honnêtes ceux qui, ayant obtenu à moins de frais une boisson moins saine et moins agréable au gout, la conserveront longtemps à l'aide de l'acide salicylique ? »

En tout cas, les industriels ne paraissent pas d'accord sur ce point.

D'après le même journal, le salicylage de certains vins même avec des doses élevées (un gramme par litre) ne modifie pas sensiblement le goût du liquide et dès lors la fraude devient très facile.

En condamnant une falsification, l'Académie aurait ainsi rendu service à la santé publique. L. D.

LE SALOL.

Dr BIELSCHOWSKY. *Beitrag zur Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit salol* (*Therap., monatsh.*, 1887, *n.* 2).

Dr S. ROSENBEBG. *Salol als antirheumaticum* (*Ibid.*).

Dr PEILCHENFELD. *Erfahrungen über Salol* (*Ibid.*).

Dr HERRLICH. *Ueber Salolbehandlung des acuten Gelenkrheumatismus und acut fieberhafter Krankheiten* (*Verein f. inn. med. Berlin.* Sitz. v. 10 und 24 Jan. 1887).

Nencki et Sahli, dans leurs recherches pour trouver un corps doué des mêmes propriétés curatives que le salycilate de sodium moins ses effets concomitants désagréables, ont fait la découverte du salol.

C'est une combinaison de l'acide salicylique et du phénol. Ce corps renferme 60 p. c. d'acide salicylique et 40 p. c. d'acide phénique. Il constitue une poudre blanche, d'une odeur aromatique, sans saveur spéciale. Il est presque insoluble dans l'eau, mais facilement soluble dans l'alcool. Les expériences sur les animaux ont démontré qu'il est également insoluble dans le suc gastrique. Il passe l'estomac sans être décomposé ou résorbé. Arrivé dans l'intestin, il est dédoublé par le suc pancréatique en ses deux composants : l'acide salicylique et l'acide phénique. Le premier est éliminé par les urines à l'état de salicylate, le second en combinaison avec l'acide sulfurique, sous forme d'éther. C'est pour ce motif que, 24 heures après l'absorption du médicament, les urines prennent une coloration brune allant jusqu'au noir, qui persiste pendant plusieurs jours, et qu'on observe aussi après l'ingestion de l'acide phénique seul.

On est d'accord aujourd'hui pour voir dans le salol un spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu, tout comme le salicylate de sodium et l'antipyrine.

Bielschowsky l'administre à dose fractionnée de 1 gramme, répétée 5 à 8 fois par jour d'heure en heure. Il a réussi à guérir cette affection rapidement et complètement dans 19 cas sur 27; deux résistèrent et cédèrent facilement au salicylate de sodium; six passèrent à l'état chronique, malgré l'emploi subséquent de ce dernier. Dans huit cas, il se déclara une récidive dont le salol eut également raison. La dose moyenne totale par cas fut de 22 gr. et la durée de la maladie varia entre 4 et 8 jours.

D'après Bielschowsky on n'observe généralement ni bourdonnements d'oreilles, ni ivresse, ni exanthème, ni sueurs profuses, ni troubles digestifs comme avec le salicylate, auquel il préfère par conséquent l'employer.

S. Rosenberg a constaté la même action du salol sur le rhumatisme articulaire aigu. Il l'administrait à raison de 6 à 8 gr. par jour, par doses fractionnées de un gr. toutes les heures. Il a échoué seulement dans un cas qui rétrocéda rapidement dès qu'il eut remplacé le salol par le salicylate de sodium. Il a observé beaucoup de récidives, quoiqu'il eut soin de continuer l'usage du médicament après la guérison. Elles lui paraissent même plus fréquentes qu'après le traitement par le salycilate de sodium. Les complications se sont montrées aussi peu influencées que par ce dernier. Quant aux bourdonnements d'oreilles, sueurs profuses, malaise, vomissements, ils sont moins fréquents et moins intenses qu'après l'emploi du salicylate. Ils sont néanmoins plus accusés que ne le veut Bielschowsky.

Herrlich a expérimenté la salol à la clinique de Leyden à Berlin,

dans 25 cas de rhumatisme articulaire, dont plusieurs cas de rhumatisme atypique, dans la fièvre typhoïde, la diphtérie et l'endocardite infectieuse.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le salol vaut les autres spécifiques. Il n'empêche cependant pas les récidives et est sans action sur les complications de l'endocarde et du péricarde.

Dans les rhumatismes atypiques, il se montra tout à fait inefficace.

Dans les huit cas de fièvre typhoïde où il fut essayé, la maladie prit incontestablement un cours plus bénin.

Un cas de diphtérie finit par la mort.

Contre les autres maladies infectieuses, le salol ne montra aucune propriété spécifique.

Parmi les symptômes dus à son administration, Herrlich cite les congestions vers la tête, les bourdonnements d'oreilles, les troubles digestifs, les vomissements, et la coloration foncée des urines. Enfin il a observé un cas de véritable intoxication.

L. Feilchenfeld a essayé les propriétés antiseptiques du salol dans la cystite et dans la pyélite, à dose de 1 gr. répétée 2 à 3 fois par jour. On peut par son emploi transformer une urine alcaline en une urine acide, diminuer la quantité de pus et activer la diurèse. Ces effets sont surtout marqués dans le catarrhe aigu, le catarrhe consécutif à la taille médiane et la cystite blennorrhagique. Le salol modifie également d'une façon avantageuse les urines dans les hypertrophies de la prostate. Dans deux cas de pyélites purulentes, le pus diminua d'une façon des plus évidentes et dans une proportion inconnue à d'autres médicaments. Le seul inconvénient observé a été, dans quelques cas, une augmentation du ténesme vésical qui obligeait de renoncer au traitement.

Ces résultats concordent avec ceux exposés dans le numéro précédent de la *Revue*, page 75.

Feilchenfeld a essayé en outre le salol dans les ulcères de la jambe sanieux et purulents. Sous son influence la plaie se nettoie promptement. Il n'a pas obtenu de résultats dans les ulcères tuberculeux; mais bien dans un cas de bubon inguinal ulcéré.

Il s'agissait d'un individu, auquel on avait extirpé un bubon consécutif à un chancre mou. La plaie ne se ferma pas, mais s'agrandit au contraire de plus en plus Ni le chlorure de zinc, ni l'eau de chlore, ni l'acide azotique fumant, ni le cautère de Paquelin ne parvint à enrayer sa marche. On essaya même en vain l'extirpation totale de la surface ulcérée. Le chlorure de zinc à 2 p. c. montra alors quelque efficacité; mais la guérison effectuait peu de progrès jusqu'au jour où Feilchenfeld eut recours au salol appliqué une fois par jour. A partir

de ce moment, la plaie se ferma rapidement et resta cicatrisée définitivement. On l'avait traitée en vain, par les moyens indiqués plus haut, pendant presque une année entière. J. D.

—

LES PRINCIPES DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par le Dr FINGER. *(Munch. med. Wochenschr.* 1887, N° 3.)

Tout au début, c'est-à-dire endéans les vingt-quatre heures qui suivent l'infection, la cautérisation énergique de la plaie est un moyen de détruire le virus syphilitique sur lieu et place, et de couper la maladie à sa racine. Mais l'occasion d'agir à ce moment se présente bien rarement au praticien.

Le traitement du chancre induré divise actuellement encore les médecins en deux camps. Les uns veulent qu'on l'excise le plus tôt possible, les autres se prononcent contre cette opération comme étant inutile, le poison se trouvant déjà, à cette époque, au moins dans les ganglions lymphatiques. Le dernier mot sur ce point important n'est pas encore dit ; pourtant l'excision du chancre est dans certains cas, si facile et constitue une opération si légère, qu'on peut la faire sans inconvénient, et avec des chances de succès pourvu que les ganglions ne soient pas encore gonflés.

Dans ce dernier cas, que faut-il faire ? Est-il bon d'empêcher l'apparition des manifestations ultérieures ?

L'auteur est opposé à ce parti, car le traitement institué dans ce but ne parvient pas à enrayer l'évolution de la maladie. Il ne fait que retarder ses manifestations ; bien plus, loin de les atténuer, il les rend quelquefois plus graves. Le traitement à cette époque sera purement hygiénique.

Comment faut-il se comporter lors de l'apparition de l'exanthème ?

Ici encore, les opinions sont partagées. Quelques auteurs préconisent l'expectation, mais celle-ci doit être rejetée, l'évolution naturelle de la syphilis étant fort lente.

Il faut donc recourir à une médication.

Nous avons contre la syphilis deux spécifiques : le mercure et l'iode.

Chacun d'eux possède cette action à lui seul, associés, ils s'aident et se soutiennent mutuellement.

L'iodure de potassium ne s'administre qu'à l'intérieur. Le mercure peut se donner par trois voies :

1° Sous forme de frictions. C'est la voie d'absorption la plus rapide.

2° Par la voie sous-cutanée. Finger recommande le calomel à dose maxima de 0,1 gr. L'injection doit être répétée tous les cinq à six jours. 6 à 8 injections suffisent généralement.

3° par la bouche. La meilleure préparation est le tannate.

On choisira, suivant les cas, l'iode ou l'une des préparations de mercure. On peut diviser, au point de vue du médicament à choisir, les malades en trois groupes.

Premier groupe. Celui des roséoles ou des plaques muqueuses. Il comprend presque uniquement des individus robustes, de bonne constitution. L'iode seul suffit presque toujours; quand la guérison traîne en longueur,on peut recourir également à une légère cure mercurielle.

Deuxième groupe. Celui des papules sèches et recouvertes de squammes, et des cas rares de lésions secondaires des viscères. Ici l'iode est impuissant, il faut instituer un traitement énergique au mercure.

Troisième groupe. Celui des formes pustuleuses et ulcéreuses, accompagnées de dénutrition générale et de cachexie. On emploiera d'abord les toniques, et, plus tard seulement et avec prudence, on traitera la maladie elle-même alternativement par l'iode et le mercure.

Un certain nombre d'auteurs pensent qu'on peut interrompre le traitement dès que les symptômes ont retrocédé. D'autres sont d'un avis contraire. Finger est de ces derniers D'après lui, le traitement ne sera ni court, ni héroïque, mais prolongé et miné sans doses excessives, de sorte que l'agent médicamenteux ait le temps d'imprégner tous les tissus.

Les ganglions lymphatiques doivent attirer spécialement l'attention du médecin. Pour éviter les récidives, le traitement doit être continué aussi longtemps qu'ils n'ont pas repris leur volume normal. Köbner a conseillé les frictions d'onguent mercuriel sur les ganglions gonflés et indolores. Lipp préconise d'injecter dans leur voisinage des préparations mercurielles.

Quant aux accidents tertiaires, on traitera les formes légères par l'iode, les graves et les tenaces par le mercure, et enfin celles qui menacent la vie par les deux en même temps.

Les préparations végétales, comme le décocté de Zittmann, n'ont pas d'action spécifique ; ils agissent comme toniques et sont utiles dans les formes torpides et ulcéreuses. J. D.

—

TRAITEMENT DU FURONCLE.

Le correspondant du *Progrès médical* signale de Berlin dans le n° du 12 janvier 1887 une méthode de traitement de furoncle qui mérite, selon lui, d'être répandue.

Il s'agit d'injections d'acide phénique dans le parenchyme des tissus envahis.

Si le furoncle est petit, Bidder, l'auteur de la méthode, injecte quelques gouttes seulement d'une solution phéniquée à 2 %; s'il est moyen, il fait deux injections séparées, chacune avec une demi ou une seringue pleine de Pravaz; enfin, si le furoncle atteint la grandeur de la moitié de la paume de la main ou plus encore, il fait à quatre endroits différents une injection avec une demi seringue ou une seringue entière.

L'opération ne doit être faite qu'une seule fois. La méthode donnerait des résultats extraordinaires. Les piqûres sont un peu douloureuses, mais bientôt, il se développe au contraire une anesthésie manifeste. Les infiltrations inflammatoires disparaissent rapidement et les plus gros furoncles guérissent en 8 ou 10 jours.

Les avantages du procédé seraient une guérison prompte et sûre, l'absence de cicatrices épaisses qui se développent souvent sur les plaies après l'incision du furoncle : ce dernier avantage serait surtout précieux pour la figure.

Dans ces derniers temps, on a préconisé en France un autre traitement antiseptique du furoncle qui réussirait souvent à faire avorter le mal au début, c'est le badigeonnage de la peau sur la saillie furonculeuse à l'aide de la teinture d'iode du Codex.

L. D.

Voici d'autres détails sur la méthode de Bidder (*Berlin. med. Gesels.*, 19 jan. 1887).

Bidder a traité depuis un an tous les cas de furoncles, environ cent, qui se sont offerts à lui, par des injections d'acide phénique à 2 ou 3 p. c. Il se sert d'une seringue de Pravaz d'une capacité de un a deux centimètres cubes, quil introduit obliquement à côté du centre du furoncle dans la direction du foyer purulent, jusqu'à ce qu'il rencontre celui-ci. Il fait de 1 à 4 piqûres suivant l'étendue de l'empâtement et pousse lentement à chaque injection la moitié du contenu dans les tissus.

Après l'injection on recouvre la région avec des linges humides, avec de l'emplâtre mercuriel, ou avec de l'emplâtre simple.

Les résultats sont les suivants. La fièvre, si elle existe, tombe endéans les vingt-quatre heures, l'infiltration disparaît rapidement, et la fistule qui donne issue au pus se remplit rapidement de bourgeons de bonne nature. Même les furoncles les plus étendus et les plus profonds guérissent sûrement en 8 à 10 jours de temps, sans laisser de cicatrices et sans nécrose du tissu conjonctif central. Quand on peut appliquer le traitement au début, il est inutile de recourir plus tard à des incisions.

Les injections agissent, soit en tuant le staphylococcus pyogenes

aureus, l'agent spécifique du furoncle, soit en rendant les tissus impropres à son développement.

Bidder n'a pas essayé les injections dans le panaris. J. D.

—

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ENLÈVEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ.

Dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, le Dr Sécrétan a indiqué le procédé suivant, où les ciseaux et la pince sont remplacés par la spatule ordinaire des trousses : on introduit entre l'ongle et le derme sous-unguéal, *d'avant en arrière*, l'extrémité triangulaire de la spatule, la face légèrement concave regardant en haut. On voit l'instrument par transparence progresser sous l'ongle. Quand la pointe mousse de la spatule est arrivée au niveau de la matrice de l'ongle, on saisit l'ongle entre le pouce de la main et l'instrument, et on fait basculer l'extrémité engagée de celui-ci en haut et en avant. La spatule agit dans ce mouvement comme un levier du premier genre qui prend son point d'appui sur l'extrémité du gros orteil, et l'ongle, qui est déjà détaché sur une grande étendue par la progression de l'instrument, est enlevé tout entier avec une grande netteté.

—

DU TRAITEMENT PARASITAIRE DES DERMATOSES.

La plupart des insuccès thérapeutiques dans la médication antiseptique des maladies parasitaires de la peau proviendrait, d'après un travail du Dr Perry, analysé dans la *Gazette hebdomadaire*, 1887, no 6, de la difficulté de mettre les parasites en contact avec les agents médicamenteux. Les parasites siègent dans les follicules pileux ou dans le poil lui-même, mais non dans les produits de desquammation de l'épiderme.

En outre, la peau est recouverte d'un enduit sébacé qui fait obstacle à la pénétration des topiques employés.

M. Perry a en conséquence adopté l'emploi d'excipients qui possèdent la propriété de dissoudre à la fois l'agent médicamenteux et l'enduit sébacé de la peau.

L'éther, ce dissolvant des corps gras et de la plupart des substances antiseptiques, mériterait la préférence. Avec dix centigrammes de sublimé dissous dans trente grammes d'éther sulfurique, par exemple, on a une préparation qui pénètre facilement l'épiderme et atteint le parasite dans les follicules : de là les succès obtenus. Cette préparation a toutefois l'inconvénient d'irriter la peau après 2 ou 3 jours, mais on

combat l'irritation par l'application d'une pommade émolliente. La naphtaline, le thymol, l'acide salicylique, l'acide phénique, l'iode sont d'autres agents antiseptiques également solubles dans l'éther.

L'essence de térébenthine et la benzine sont, au même titre que l'éther, des dissolvants des corps gras, mais leur emploi est moins favorable.

—

TRAITEMENT DU DIABÈTE AIGU PAR L'OPIUM ET LA BELLADONE ASSOCIÉS.

A l'Académie des sciences, le 14 février, M. Villemin a lu une note sur l'heureuse influence de l'association de ces deux substances, constatée dans un cas de diabète grave. Le malade rendait par jour 14 1/2 litres d'urine et 841 grammes de sucre.

Le traitement classique des diabétiques essayé pendant huit jours n'avait eu aucun résultat.

Le malade reçut alors journellement 10 centigrammes d'extrait de belladone et 5 centigrammes d'extrait d'opium : huit jours plus tard, les urines étaient descendues à 10 litres, le sucre à 400 grammes.

Les doses furent progressivement augmentées jusqu'à 20 centigrammes par jour de chacun des deux extraits, la quantité d'urine continua à baisser et le sucre finit par disparaître complètement. Il ne reparut plus aussi longtemps que la médication fut continuée, même avec le régime alimentaire de tous les sujets bien portants : la suppression de la médication ou seulement de l'un des deux médicaments amena toujours, au contraire, la réapparition du sucre et l'augmentation de l'urine.

La médication instituée produisit en outre une amélioration sensible de l'état général du malade : les forces se relevèrent, le poids fut augmenté de 8 kilogrammes au bout d'un mois de traitement.

—

UN NOUVEAU VÉHICULE POUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES.

On éprouvait jusqu'à présent de grandes difficultés pour faire pénétrer dans l'organisme par la voie hypodermique les substances irritantes, principalement certaines substances antiseptiques insolubles dans l'eau.

M. Meunier, de Lyon, a employé comme véhicule la *vaseline liquide* qui est un dissolvant précieux de presque tous les agents antiseptiques irritants, et il a réussi, grâce à elle, à injecter sans inconvénient une série de substances actives.

D'après Dujardin-Beaumetz (*Société de thérapeutique*, 26 janv. et 9 févr. 1887), il faut bien s'entendre sur la désignation de la vaseline liquide; ce n'est pas de la vaseline, ce n'est pas non plus une huile de vaseline : celle-ci existe et on l'obtient en traitant par l'éther les dernières portions de la distillation des pétroles. La vaseline liquide, qu'il faut appeler d'après lui couramment *vaseline liquide officinale*, n'est autre chose que l'huile minérale servant à graisser les machines, purifiée par le noir animal ou la terre glaise, et rigoureusement neutre.

Pour remplir les conditions requises pour son usage officinal, elle doit, suivant M. Bocquillon (*Soc. de thérap.*, 9 fév.), être neutre au tournesol, n'avoir aucun goût quelconque et présenter à 15° une densité de 0,875.

La vaseline liquide ne dissout pas l'eau, les alcools, l'acide salicylique, les sels de mercure, les alcaloïdes, les glucosides, le naphtol, l'acétanilide, la terpine, le chloral; mais elle dissout aisément l'éther, le chloroforme, les essences, la benzine, le sulfure de carbone, l'iode, le brôme, le phosphore, l'iodoforme (1 p. 100), etc.

Entre autres, l'iode et le brôme se dissolvent en toutes proportions : la meilleure formule serait à 10 p. 100 : dans ces conditions, l'iode perd complètement son action irritante et peut être employé en injections hypodermiques.

M. Dujardin-Beaumetz a employé chez divers malades emphysémateux, bronchitiques, tuberculeux, une solution d'eucalyptol à parties égales dans la vaseline liquide médicinale, en injections sous-cutanées : il se demande si cette voie d'introduction ne peut remplacer avantageusement la voie rectale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il croit que la thérapeutique pourra retirer de sérieux avantages du produit nouveau qui se trouve dans le commerce à un prix très minime.

M. Meunier (*Bullet. génér. de thér.*, 15 janv. 1887) fait remarquer encore que presque toutes les essences du commerce contiennent des résines qu'il ne faut pas introduire dans l'économie, et il recommande, pour la préparation des dissolutions d'essences dans la vaseline, d'agiter vivement, de laisser reposer, puis de filtrer, pour séparer les résines précipitées. L. D.

LES SOLUTIONS ANTISEPTIQUES AU SUBLIMÉ.

La question des solutions antiseptiques au sublimé est plus compliquée encore que nous ne l'exposions dans le numéro précédent d'après le travail de Angerer.

1° Le sublimé du commerce est impur. — j'entends bien le sublimé fourni par les pharmacies. — D'après le Dr Liebreich, (*Therapeutische Monatshefte*, I), le sublimé renferme constamment du calomel. Pour avoir du sublimé absolument pur et former avec lui des solutions parfaitement titrées, il faut dissoudre le sel, filtrer la solution et recristalliser le bichlorure de sa solution aqueuse. Le sublimé cristallisé peut se conserver, sans altérations nouvelles, dans des bocaux de verre foncé à l'abri de l'humidité et de la lumière.

2° Le sublimé dissous dans l'eau distillée, parfaitement pur subit une décomposition lente. Au sublimé se substitue du calomel qui précipite au fond du récipient et de l'acide chlorhydrique, qui, devenu libre, demeure dissous dans l'eau et lui communique une réaction acide.

3° Le sublimé lui-même, pur et sans mélange, est de réaction acide, ainsi qu'on peut s'en convaincre en trempant le papier de tournesol dans la solution aqueuse du sel mercuriel. Pour neutraliser cette acidité, irritante pour nos tissus, il faut ajouter à la solution de sublimé, ou du chlorure de sodium, à quantité égale, ou du chlorure d'ammonium, à dose double. Depuis l'année 1845 Mialhe avait modifié dans ce sens la liqueur de Van Swieten.

Eau distillée . . .	500
Sel ammoniaque . .	1
Sel de cuisine . . .	1
Sublimé	0,4

La combinaison des deux sels correcteurs de la solution était inutile.

4° Le sublimé n'exerce son action antiseptique que pour autant qu'il y ait contact immédiat avec le corps devant être désinfecté. L'épiderme de notre peau étant gras, il est inutile de se laver les mains avec des solutions de sublimé dans le but de les désinfecter. Les microbes compris dans la couche de graisse ne se laissent pas attaquer par le sublimé. Il en est de même pour les instruments neufs ou polis.

Il faut donc au préalable enlever la graisse à l'aide du savon.

Mais si on lave ses mains au savon alcalin et ensuite dans une solution de sublimé, l'épiderme se crevasse. Or, l'épiderme crevassé est un excellent terrain tout préparé pour retenir les impuretés avec lesquelles les mains sont mises en contact ultérieurement, après les ablutions antiseptiques.

Et, si on dégraisse d'abord les instruments, le sublimé attaque et corrode l'acier.

5° Quant aux savons de sublimé, on les a trop facilement recommandés, sans s'inquiéter des réactions possibles entre le savon et le sublimé qui doit donner au composé ses propriétés antiseptiques. En

effet, le sublimé précipite le savon, le savon étant plus souvent alcalin que neutre. Habituellement on emploie, dans la fabrication du savon, plus d'alcalis qu'il n'en faut pour neutraliser les acides gras. Les alcalis demeurés libres réduisent le sublimé, précipitant le mercure sous forme d'oxyde. Laissez tomber quelques gouttes de sublimé sur du savon et vous verrez le savon rougir par la formation de l'oxyde rouge de mercure.

Mais même le savon *neutre* précipite le sublimé : seulement le précipité se redissout dans un excès de savon.

En conséquence, pour composer un bon savon au sublimé, bien soluble dans l'eau, il ne faut combiner du sublimé au savon que dans la proportion de 1-2 de sublimé pour 100 de savon.

Le médecin qui prescrit et emploie le sublimé ne peut ignorer ces propriétés fondamentales d'un médicament aussi en vogue que le bichlorure de mercure. E. V.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 26 février 1887.

I. — Correspondance et communications du bureau.

Par dépêche en date du 28 janvier dernier, M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique transmet six exemplaires du rapport du jury du concours quinquennal des sciences médicales — période de 1881 à 1885 — et informe qu'un arrêté royal du 31 décembre 1886 a accordé, conformément à l'avis du jury, le prix à M. le docteur G. Rommelaere, pour son ouvrage intitulé : *Mensuration de la nutrition organique.*

Cette communication est faite conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 31 décembre 1860, qui prescrit de proclamer le jugement du jury dans une des séances publiques de l'Académie.

Le bureau rappelle les précédents, desquels il résulte que la Compagnie a fait insérer les rapports des jurys dans son Bulletin ; il propose de prendre la même décision au sujet de celui que M. le ministre vient d'adresser. — Cette proposition est adoptée.

La proclamation du nom de M. Rommelaere, comme lauréat du concours, est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

M. le secrétaire remercie l'Académie de l'accueil qu'elle vient de faire à la distinction dont il est l'objet, et saisit cette occasion pour expri-

mer publiquement sa gratitude aux membres du jury pour la bienveillance avec laquelle ils ont apprécié ses travaux.

L'obituaire de l'Académie a à enregistrer deux nouvelles pertes bien regrettables, celle de M. le Dr Jules Béclard, membre honoraire, doyen de la faculté de médecine, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, de Paris, décédé dans cette capitale le 9 février courant, à l'âge de 69 ans, et celle de M. le Dr Théophile Gallard, correspondant, médecin de l'Hôtel-Dieu, mort à 58 ans, dans la même ville, le 31 du mois de janvier dernier.

— Donnant suite à la décision prise par l'Académie dans sa dernière séance, le bureau a chargé MM. Deneffe et Mascart de l'examen du travail de M. Moreau intitulé : *Cal vicieux de la malléole interne*, etc.

— M. Casse, membre titulaire, soumet, de la part de M. le Dr Faucon, professeur de médecine opératoire à la faculté libre de Lille, un mémoire manuscrit, que l'auteur présente à l'appui de sa candidature au titre de correspondant et qu'il a intitulé : *Contribution à l'étude de la réduction en masse de la hernie inguinale oblique externe non étranglée.* — Renvoi à une commission composée de MM. Gallez et Thiry.

— M. le Dr Fraipont, assistant à l'université de Liége, fait hommage d'une publication qu'il a intitulée : *Note sur le traitement de l'érysipèle.*

M. le Dr Chassagny, à Lyon, transmet un travail manuscrit sur *l'appareil élytro-ptérygoïde.* — Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Pigeolet et Wasseige.

— M. Desguin, membre titulaire, soumet à l'Académie, de la part de l'auteur, M. le Dr Lahousse, à Anvers, un travail manuscrit, avec planches, *sur l'ontogenèse du cervelet.*—Renvoi à MM. Rommelaere et Van Bambeke.

— M. le professeur Hubert, correspondant, présente un appendice à la communication qu'il a faite, dans la séance du mois de décembre dernier, sur l'appareil élytro-ptérygoïde et demande que son travail soit inséré dans le Bulletin, les documents qu'il a produits venant à l'appui de la thèse qu'il a soutenue et pouvant servir dans la discussion qui est maintenue à l'ordre du jour. — La demande de M. Hubert est favorablement accueillie par l'assemblée.

— M. Boddaert, vice-président, fait hommage, de la part de M. le Dr Quintin, à Leuze, d'une publication intitulée : *Considérations cliniques sur le cancer du rectum.*

— M. Van Aubel, correspondant, offre, au nom de M. le Dr Firket, professeur à l'université de Liége, une brochure qui a pour titre : *Etude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose.*

— M. Masoin, membre titulaire, présente, au nom de M. le Dr Peeters, médecin inspecteur de la colonie de Gheel, une brochure contenant l'analyse d'un ouvrage, publié en anglais, sur les aliénés aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada.

— M. T. Graham Balfour, correspondant, à Londres, a bien voulu compléter la collection que l'Académie possède du recueil intitulé : *Army médical Departement report*, en lui adressant les cinq premiers volumes, se rapportant aux années 1859 à 1863. Il offre également les années 1880 à 1885 de l'ouvrage intitulé : *Statistical report of the health of the navy*.

— L'université catholique de Louvain fait parvenir le *Liber memorialis* (1834-1884) publié à l'occasion des fêtes jubilaires.

— M. le Dr Heymans, à Louvain, président du comité organisateur, fait hommage du compte rendu de la manifestation en l'honneur de M. P.-J. Van Beneden, membre honoraire de l'Académie, à l'occasion de son cinquantenaire de professorat à l'université de Louvain (1836-1886).

— M. Rommelaere, secrétaire de l'Académie, offre son ouvrage intitulé : *Des rapports de l'azoturie et de l'alimentation à l'état morbide*,

L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

II. — Rapport.

Rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. le Dr Prégaldino, à Gand, intitulé : *Des injections sous-cutanées d'une solution de sel marin dans l'anémie aiguë*. — M. Heger, correspondant, rapporteur.

L'auteur signale les inconvénients et les dangers des diverses opérations de transfusion sanguine; il groupe tous les arguments qui militent en faveur de la pratique des injections de liquides indifférents, ne se coagulant pas et n'altérant pas les globules sanguins. Il préconise spécialement les injections sous-cutanées d'une solution à 6 pour mille de sel marin pur, recristallisé et desséché.

A l'appui de sa manière de voir l'auteur invoque les résultats d'un certain nombre d'expériences pratiquées sur des chiens en vue de résoudre les trois questions suivantes :

1° Lorsque l'animal est dans un état d'anémie aiguë pouvant entraîner en peu de temps la mort, la résorption des liquides injectés dans le tissu cellulaire sous cutané se fait-elle?

2° Cette résorption se fait-elle suffisamment vite?

3° Quelle est la quantité de liquide à injecter pour parer aux dangers de l'anémie aiguë?

L'auteur résout affirmativement les deux premières questions; les tracés kymographiques joints à son travail démontrent, en effet, que les injections sous-cutanées de sel marin relèvent la pression sanguine avec une rapidité suffisante pour combattre l'ischémie mortelle des centres encéphalo-médullaires.

La quantité de liquide à injecter correspond à la moitié ou aux deux tiers du sang perdu.

Tant que les animaux n'ont pas perdu plus de la moitié de la quantité totale de leur sang, ils se rétablissent rapidement sous l'influence des injections sous-cutanées, faites avec les précautions antiseptiques que l'auteur indique.

La commission propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Prégaldino; 2° d'insérer son mémoire dans le Bulletin; 3° de l'engager à continuer l'envoi de ses travaux à la Compagnie et spécialement l'envoi de travaux originaux comme celui-ci, qui ne manqueront pas de faire prochainement inscrire son nom sur la liste des aspirants au titre de correspondant. — Ces conclusions sont adoptées.

III. — LECTURE, COMMUNICATION.

1. *Les maladies vénériennes dans l'armée belge de* 1868 *à* 1886, par M. Mœller, correspondant.

M. Mœller rappelle d'abord les deux règles qu'il considère comme essentielles à toute statistique scientifique. Il montre jusqu'à quel point il a pu observer ces règles dans son étude sur les maladies vénériennes dans l'armée belge.

Son travail comprend trois tableaux :

Le premier est consacré à la statistique de toute l'armée belge. L'examen de ce tableau et du diagramme qui l'accompagne montre qu'il s'est produit de 1870 à 1873, une chute brusque et rapide dans le chiffre des maladies vénériennes, tant syphilitiques que non syphilitiques, mais qu'après 1873 les affections vénériennes banales ont seules diminué; tandis que la syphilis subit des oscillations autour d'une moyenne d'environ 20 pour mille. En divisant la période 1870-1885 en deux séries de huit années, on trouve qu'il y a eu, d'une série à l'autre, pour les affections non spécifiques, une diminution de 16.1 pour mille, pour la syphilis diminution de 1.2 pour mille.

Le second tableau est consacré à la statistique par corps et par armes. M. Mœller n'a traduit en diagrammes que les données relatives aux régiments des grenadiers et des carabiniers, qui seules peuvent être utilisées. L'examen de ces diagrammes prouve :

1° Pour le régiment des grenadiers, que les maladies vénériennes

banales ont subi une diminution graduelle et presque ininterrompue de 1868 à 1885; tandis que la syphilis est toujours restée à peu près au même niveau;

2° Pour le régiment des carabiniers, que les affections non spécifiques ont subi une marche descendante presque continue; tandis que la syphilis a subi de grandes oscillations.

En divisant la période 1870-1885 en deux séries de huit années, on constate que les maladies vénériennes non syphilitiques ont diminué notablement d'une série à l'autre; que la diminution de syphilis a été insignifiante pour le régiment des grenadiers, nulle ou à peu près pour le régiment des carabiniers.

Le troisième tableau groupe les données numériques par garnison, mais sans faire la distinction entre les syphilis et les affections non syphilitiques. Le nombre des maladies vénériennes prises en bloc a, de la série 1870-1877 à la série 1878-1885, diminué dans toutes les garnisons, sauf pour celle de Mons.

Le travail de M. Mœller se termine par un exposé des dispositions règlementaires relatives aux visites sanitaires des prostituées dans les principales villes de garnison, ainsi que des particularités les plus saillantes que la statistique des maladies vénériennes a présentées dans chacune de ces garnisons.

— La communication de M. Mœller sera imprimée dans le Bulletin.

2. *Quelques observations d'emploi de l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny*, par M. Hubert, correspondant.

Les nouveautés thérapeutiques ne pouvant être jugées que sur des faits, M. Hubert apporte des documents qu'il croit de nature à jeter quelque lumière dans la discussion portée à l'ordre du jour des séances de l'Académie. Ces documents consistent en sept nouvelles observations parmi lesquelles il y en a une qu'il considère surtout comme importante, parce qu'elle a permis d'établir par un examen direct, que la pénétration de la vessie dans la matrice est un fait indéniable.

IV. — Discussion.

Suite de la discussion de la communication de M. Thiry intitulée : *Hygiène sociale; de la prostitution.*

M. Thiry constate d'abord que les résultats obtenus à Bruxelles par la règlementation de la prostitution, introduite en 1843, ont été des plus satisfaisants; mais que depuis 1881, sous l'influence de l'agitation qui a pris naissance en Angleterre, la syphilis est devenue plus fréquente, non par le fait de la prostitution règlementée, mais par celui de la prostitution clandestine. En présence de l'hésitation de l'autorité, cette

dernière n'a plus connu de bornes ; à tel point, dit l'honorable membre, que jusqu'en 1886, il a pu constater une recrudescence notable de la syphilis constitutionnelle, et cette affection, dans la majorité des cas, avait été contractée chez des filles insoumises.

M. Thiry rencontre ensuite les arguments produits par M. Mœller. Il démontre notamment que les statistiques produites par son honorable contradicteur n'ont point la valeur qu'il leur assigne ; qu'elles pèchent souvent par leurs bases et ne sont nullement probantes.

En terminant son discours, M. Thiry reconnaît que le règlement adopté par l'Académie en 1843, et qui a fait ses preuves, doit être revu et amélioré. Il ajoute que le Conseil communal de Bruxelles vient de commencer l'examen de ce règlement, dans lequel plusieurs modifications sont introduites; il constate qu'aucune voix ne s'est élevée dans le Conseil pour défendre la liberté de la prostitution.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

VARIÉTES.

ORGANISATION SANITAIRE EN ITALIE.

A la fin de l'année 1874, un décret reconstituait l'administration sanitaire en Italie, invitant chaque commune à se donner un règlement, variable suivant les conditions topographiques, ethnographiques et les traditions locales, et soumis à cette seule condition d'être approuvé par le conseil supérieur de santé En 1884, dix ans apres, 6673 communnes sur 8249, c'est à dire plus des cinq sixièmes, étaient pourvues de règlements sanitaires approuvés ; et, dans le même temps, la mortalité qui de 1863 à 1880, était de 30 % pour 1000 habitants commençait à diminuer.

Elle était :

En 1881 de 27,55
En 1882 de 27,40
En 1883 de 27,38
En 1884 de 26,58

bien que cette année ait subi une épidémie de choléra qui n'a pas fait moins de 14,000 victimes, soit 0,50 pour 1000 habitants (l'Italie compte exactement 29,358,954 habitants).

En somme, depuis 1881, 361,610 existences humaines ont été préservées, et on est en droit de faire honneur de ce gain à l'organisation sanitaire, étant donnée la fixité de la mortalité moyenne pendant les dix-huit années qui ont précédé son fonctionnement.

Un autre résultat de cette diminution de la mortalité a été d'augmenter l'écart entre le nombre des naissances et celui des décès. L'excédant du nombre des naissances sur celui des décès, qui était de 7, 1 pour 1000 habitants de 1863 à 1880 est devenu .

En 1881 = 10,4
En 1882 = 9,5
En 1883 = 9,5
En 1884 = 11,9

L'Italie se trouve ainsi rapprochée de l'Allemagne où cet excédant est de 12,2. Aussi la population s'y est elle accrue de 374,000 habitants en quatre ans.

Le mouvement de la population en *Serbie*, pour l'année 1884, est de 90,143 naissances contre 57,911 décès : soit un excédant de 16,9 pour 1000 habitants.

En France, dit la *Revue scientifique*, l'excédant des naissances sur les décès, ramené à 1000 habitants, va au contraire en décroissant :

1872 = 6,5	1879 = 4
1873 = 4,8	1880 = 2,2
1874 = 6,6	1881 = 3,5
1875 = 4,1	1882 = 2,4
1876 = 5,1	1883 = 2,6
1877 = 6,8	1884 = 2,1
1878 = 3,8	1885 = 2,3

E. V.

OBSERVATIONS D'EMPLOI DE L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE (*Suite*).

XIII. *Pluripare* 8 1/2 *mois.— Métrorrhagies provenant du placenta praevia. — Application de l'appareil élytro-ptérygoïde; effacement et dilatation du col en* 50 *min. — Version;* — par M. le Dr DE DONCKER, de Willebroeck.

La femme Z... a accouché deux fois déjà, heureusement. Arrivée à un peu plus de six mois d'une troisième grossesse, elle est prise de fortes métrorrhagies qui déterminent une anémie profonde. — L'enfant se présente par la tête et le placenta est inséré sur le segment inférieur de la matrice.

Dans le courant du 8e mois une nouvelle hémorrhagie, aussi abondante que les précédentes, et qu'aucune douleur n'a annoncée, se déclare pendant la nuit. Le col n'est pas effacé, mais il admet le bout du doigt.

Mon confrère M. Moereels vient me prêter son assistance et à 3 h. du matin nous faisons l'application de l'appareil élytro-ptérygoïde. La vessie est mise sous pression, mais bientôt elle fait hernie sous l'arcade pubienne et nous la retirons pour l'appliquer mieux et la soutenir plus efficacement. Elle tient bien cette fois et, au bout de 30 minutes, pendant lesquelles nous avons dépensé 3 litres d'eau, des contractions utérines énergiques se déclarent coup sur coup. La femme se plaint un peu des distensions produites par l'appareil, mais le conserve encore pendant 20 minutes.

La vessie est donc restée en tout 50 *minutes* en place, et a procuré pendant ce temps les deux résultats que nous en espérions : l'*arrêt complet de l'hémorrhagie — l'effacement et la dilatation complète du col.*

Nous aurions pu terminer rapidement par le forceps, mais une grande partie du placenta pendait dans le vagin au devant de la tête et, pour ne pas nous exposer à décoller ce qui pouvait rester encore adhérent, nous préférâmes aller chercher les pieds. La version ne présenta aucune difficulté, mais quoiqu'elle eût été rapidement exécutée, elle n'amena qu'un enfant mort.

Délivrance par expression. Quelques lambeaux de membranes sont retenus et nous obligent pendant quelques jours à pratiquer des injections antiseptiques.

Nous sommes aujourd'hui (18 avril 1887) à vingt cinq jours de cet accouchement dangereux. La femme est rétablie et il ne lui reste plus qu'un peu d'anémie que les toniques auront sans doute bientôt complètement dissipée.

XIV. *Primipare éclamptique : provocation et terminaison heureuse du travail en une heure et demie de temps*, par M. le Dr E. Butaye, de Wervicq, ancien interne de la Maternité.

Le 25 novembre 1886, à midi, je fus appelé par une sage-femme auprès d'une jeune primipare, en travail depuis 18 heures, et plongée dans un coma profond à la suite de deux violents accès d'éclampsie dont le premier avait éclaté à 6 heures du matin et le second à 11 h.

La tête de l'enfant, en position O. C. G., plonge dans le bassin; le col, situé très haut dans le voisinage de l'angle sacro-vertébral, est effacé et admet à peine l'extrémité du doigt. Les contractions utérines sont languissantes et largement espacées.

A 4 heures de l'après-midi, troisième accès de convulsions aussi violent que les précédents. L'appareil élytro-ptérygoïde me paraissait indiqué comme le moyen à la fois le moins irritant et le plus rapide d'arracher cette pauvre femme aux périls de sa situation; malheureusement je n'avais pas l'instrument sous la main et ce n'est qu'à 10 1/2 heures du soir que je pus l'appliquer.

Depuis le matin le travail n'a fait aucun progrès, l'ouverture du col ne s'est pas agrandie et elle n'admet encore que la pulpe du doigt.

La vessie ramollie et bien huilée est introduite dans le vagin : je ne place pas le petit spéculum à ailettes, mais je charge la garde d'appliquer la main sur la vulve pour la maintenir fermée pendant que je mets la vessie sous pression. Au bout d'un quart d'heure, la parturiente s'étant déjetée brusquement pendant son sommeil, la vessie s'échappe des organes. Si courte qu'ait été l'application, elle a cependant produit un résultat : l'ouverture du col s'est élargie et a maintenant les dimensions d'une pièce de cinq centimes.

Une demi heure plus tard je remets la vessie en place. Au bout

d'un quart d'heure je la retire et je constate que l'ouverture du col a acquis la largeur d'une petite paume de main. Les douleurs reviennent énergiques et fréquentes, et le travail est si vigoureusement lancé qu'à minuit tout est terminé.

Enfant vivant et bien portant.

Couches. Le sommeil comateux se prolongea encore pendant trois jours après la délivrance; mais il n'y eut plus d'attaques convulsives; un peu d'agitation seulement à la fin du 3e jour. Le 5e jour l'intelligence est complétement revenue et la convalescence établie franchement. Le thermomètre n'a pas marqué plus de 37° C.

Retenons de cette observation deux faits importants :

1° Deux applications de la vessie de M. Chassagny, de 15 minutes chacune, ont suffi pour dilater un col de primipare qui n'était encore qu'effacé et pour procurer, en *une heure et demie*, la terminaison d'un travail qui, en 24 heures, n'avait fait aucun progrès;

2° La dilatation artificielle du col et l'excitation du travail s'est faite sans irriter les réflexes et sans provoquer de nouvelles convulsions éclamptiques. E. H.

COMMUNICATION DE M. LE Dr CHASSAGNY, DE LYON, SUR L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE (1).

Messieurs, une très vive discussion s'est produite au sein de votre savante Compagnie à propos de l'honneur que m'a fait M. le professeur Hubert, de Louvain, en vous présentant mon appareil élytro-ptérygoïde et en vous communiquant les résultats qu'il avait obtenus avec cet instrument.

Cette communication a soulevé une vive opposition, et il n'a fallu rien moins que le talent du savant professeur pour réduire à néant les objections qui lui ont été présentées.

Les incontestables défauts de l'appareil, les difficultés que rencontre son application avaient provoqué chez le plus grand nombre de mes confrères les mêmes répulsions que chez M. Hyernaux et avaient

(1) Bull. de l'Acad. roy. de méd. 1887. Tome I, n° 3.

créé un obstacle insurmontable à sa vulgarisation, à laquelle j'avais moi-même depuis longtemps renoncé, me bornant à employer l'appareil pour mon usage personnel. Aussi c'est une véritable épave qu'a recueillie le savant professeur de Louvain, épave avec laquelle il a reconstitué une méthode qu'il a véritablement faite sienne par son ardeur, par sa persévérance et surtout par le talent qu'il a mis en œuvre pour l'exposer et pour la défendre.

Non seulement M. Hubert a répondu à toutes les objections qui lui ont été directement adressées, mais encore il en a prévu un grand nombre qu'il a réfutées d'avance d'une manière tout à fait péremptoire.

A M. Boëns, affirmant que la vessie ne saurait pénétrer dans le col, que les lois les plus élémentaires de la physique s'opposent à cette pénétration, il a montré une vessie, renfermée dans un sac de peau représentant la cavité vaginale, émergeant par le col qu'il y avait pratiqué et s'échappant presque tout entière par cette petite ouverture.

A M. Hyernaux, dont les convictions étaient si bien arrêtées à l'avance, il a parlé un autre langage ; il lui a montré la cause de l'insuccès de ses expériences, il a précisé toutes les conditions qu'il fallait réaliser pour obtenir la pénétration et enfin il a exposé de la manière la plus claire le mécanisme par lequel elle se produit. Il a analysé, disséqué le phénomène de telle façon qu'il ne peut rester aucun doute ; en un mot, même pour les esprits les plus prévenus, il a démontré non seulement que la vessie pénétrait dans l'utérus, mais encore qu'elle ne pourrait pas ne pas y pénétrer.

A propos de cette assertion émise par M. Hyernaux que, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, il était fort heureux que la vessie ne pénétrât pas dans l'utérus, parce que cette pénétration serait inévitablement fatale à l'enfant, M. Hubert a traité à fond et *ex professo* cette si importante question du *placenta praevia;* il a fait toucher du doigt les défaillances de la science; il a montré l'accoucheur condamné à rester le spectateur impuissant de tous les accidents qui précèdent le cataclysme final, auquel il ne pourra opposer que des moyens dont l'impuissance absolue, dans les cas graves, ne saurait être contestée. Il a démontré cette impuissance non seulement par d'indiscutables arguments, mais encore par les données statistiques puisées aux meilleures sources.

Il a fait ressortir ensuite qu'avec l'appareil élytro-ptérygoïde l'accoucheur devient absolument maître de la situation, qu'il peut dénouer à son gré au moment le plus opportun, lorsqu'il voit poindre la période des grandes hémorrhagies. Il a montré que la vessie ne produisait pas ces vastes décollements redoutés par M. Hyernaux; que, pénétrant par une petite ouverture, elle refoulait les parties dé-

collées du placenta contre les parties encore adhérentes, de manière à assurer jusqu'au dernier moment la circulation fœtale.

Il a montré enfin que la vessie était l'agent direct de l'hémostase, que l'hémorrhagie n'était pas arrêtée par l'intermédiaire des caillots enlevés à un organisme qui souvent aurait plus besoin de la transfusion que d'une nouvelle spoliation, de ces caillots enfin qui, malgré la plus rigoureuse antisepsie, courent grands risques de ne pas rester absolument inoffensifs.

Après les éloquents plaidoyers que vous a fait entendre M. Hubert, je devrais craindre d'en affaiblir la portée; la question était si complètement élucidée que mon intervention dans le débat pourrait être considérée comme parfaitement inutile, et c'est ainsi que vous l'auriez certainement jugé, si je n'avais pas eu la bonne fortune de pouvoir répondre à la plus sérieuse des objections de M. Hyernaux, en vous soumettant un nouvel appareil qui satisfait d'une manière complète à tous les desiderata exprimés par le savant professeur. M. Hubert voudra bien être mon interprète auprès de vous, vous montrer cet appareil et vous en donner la description.

M. Hubert dans sa communication ne s'est appuyé que sur les observations et les expériences qui lui sont personnelles; aussi M. Hyernaux voudra bien me permettre de répondre en quelques mots aux critiques qu'il a dirigées contre quelques-unes de mes observations et contre les signes objectifs et subjectifs de la pénétration que j'avais signalés dans mon mémoire.

M. Hyernaux reproche avec raison à l'appareil d'être très difficile à maintenir, peut-être même exagère-t-il ces difficultés, car il m'a toujours paru suffisant dans les cas de vagins étroits; mais toutes ces difficultés je les lui concède; plus elles seront grandes, plus aura de valeur l'argument que je vais lui opposer. Ce n'est pas le speculum qui est difficile à maintenir, c'est la vessie qui, je cite ses expressions, « s'échappe soit en avant, sous l'arcade pubienne, soit en arrière le long de la gouttière périnéale. »

Le défaut que signale si bien M. Hyernaux montre mieux que tous les raisonnements les qualités spéciales que la vessie doit à sa souplesse, à sa fluidité, à son aptitude à se mouler, à prendre toutes les formes, à produire des prolongements digitaux qui lui permettent de ramper, de s'insinuer comme un ver ou comme une anguille.

Quelles que soient ces qualités de la vessie, elles pourront pourtant être considérées comme nulles et non avenues, si elles doivent s'exercer dans une cavité qui ne présenterait pas les mêmes conditions de poli, de souplesse, de laxité, qui peuvent seules s'opposer aux adhérences.

Toutes ces conditions, que l'industrie ne saurait imiter, sont parfaitement remplies par la cavité vaginale, qui a de plus la propriété de sécréter, sous l'influence de la présence d'un corps étranger, un liquide absolument sans analogue.

Cependant, malgré ces dispositions spéciales, le contenant n'exercerait aucune action expulsive sur le contenu, si ce dernier ne réalisait pas des conditions analogues de souplesse, qu'on trouve à un si haut degré dans le tissu vésical. On n'a jamais éprouvé aucune difficulté à maintenir dans le vagin les ballons Gariel et M. Hamon, qui préconise l'ocytocie obtenue avec un ballon de caoutchouc rempli d'eau, n'a pas besoin de créer un appareil pour s'opposer à son expulsion.

C'est pour avoir méconnu cette nécessité de la complète homogénéité des tissus que M. Hyernaux a vu échouer toutes les expériences qu'il a tentées ; sa vessie, à la lubréfaction de laquelle il ne paraît pas avoir songé, est enfermée dans un sac d'étoffe auquel il a pratiqué une ouverture, mais rien n'étant combiné pour favoriser le glissement, elle restera nécessairement prisonnière devant une porte ouverte qu'elle ne peut franchir, et qu'elle franchirait bien moins encore si cette ouverture était constituée par une série de plis convergents résultant du froncement d'une coulisse. Cependant M. Hyernaux verra bientôt que ce déplissement s'obtient avec la plus grande facilité pourvu que les plis soient formés par un tissu créé par la nature.

Il est une autre expérience qu'il m'importe surtout de discuter. J'avais proposé de montrer sur le cadavre une vessie renfermée dans le vagin et franchissant le col; cette expérience avait été répétée avec un plein succès par M. Delore. M. Hyernaux l'a répétée à son tour devant une nombreuse assistance et le col n'a pas été franchi. On comprend sans peine quel intérêt je dois avoir à ne pas être soupçonné d'avoir, pour les besoins de ma cause, inventé des résultats apocryphes. Voyons donc comment a été conduite cette expérience de M. Hyernaux.

Sans avoir en aucune manière atténué la sécheresse et la rigidité cadavérique, notre honorable confrère introduit sa vessie, peut-être sans lubréfaction préalable, dans le vagin d'une femme déjà âgée et chez laquelle, il le dit avec la plus grande franchise, le col était fort rétréci. Il force ce col de dedans en dehors avec *une forte pince*, de manière à pouvoir y passer le doigt et la vessie ne passait pas. M. Hyernaux ne nous dit pas si on la sentait faire un commencement de hernie. Mais le cul-de-sac droit bombait fortement, il y pratiqua une boutonnière ; celle-ci sous la pression qu'elle supportait *s'agrandit* et dès lors la vessie y passa. C'était tout simple, il s'y attendait !

Habemus confitentem... Ce fait que M. Hyernaux nie avec tant

d'obstination, il en avait la notion intuitive, *c'était tout simple, il s'y attendait!* Il reconnaît donc, et son expérience l'a prouvé, qu'une vessie dilatée dans une cavité close s'en échappe si elle trouve une ouverture suffisante, et que, si cette ouverture n'est pas suffisante, elle la dilate! Si donc son col avait été dilatable, s'il y avait fait une incision cruciale, il est évident que la vessie l'aurait franchi aussi bien qu'elle a franchi la boutonnière. Nous sommes donc bien loin de l'analogie d'action de la vessie et des ballons de caoutchouc.

Passons aux faits cliniques. M. Hyernaux a appliqué treize fois l'appareil, il a eu treize insuccès, mais il ne mentionne que l'impossibilité de maintenir la vessie; il est donc bien difficile de savoir si c'est à l'appareil seul que doivent être imputés ces revers. Cependant il y a un quatorzième fait qui est cité avec plus de détails et qui permet de faire la part des responsabilités. Il s'agissait d'une rétention du placenta; l'appareil est appliqué, mais dès l'instant que la vessie acquît quelque développement la patiente est prise de douleurs, elle se démène, elle crie, elle souffre de ténesme irrésistible et l'appareil est expulsé; les mêmes effets se produisent dans une autre application.

Ici encore nous voyons des effets tout autres que ceux qui sont déterminés par les ampoules de caoutchouc; mais que reproche-t-on à l'appareil? Une action trop intense, alors qu'il était si facile de l'atténuer; il suffisait d'abaisser le récipient pour diminuer la pression. Il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit pas d'enlever d'assaut une position, mais bien d'établir un siège en règle; ce n'est pas par la violence des douleurs qu'on triomphe des difficultés, mais bien par leur multiplicité : *gutta cavat lapidem, non vi, sed sæpe cadendo.* Si la chute de 70 centimètres, à laquelle je me suis arrêté, est trop considérable pour certaines natures exceptionnellement nerveuses, rien n'empêche de l'abaisser et de réduire les 70 grammes de pression que supporte chaque centimètre carré de la cavité vaginale. Dans tous les cas, il me paraît logique de penser que, dans le plus grand nombre des treize observations citées par M. Hyernaux, l'insuccès n'a eu d'autre cause qu'une attaque trop peu mesurée.

Ces considérations auront sans doute fortement ébranlé cette assertion de M. Hyernaux affirmant que le tamponnement par la vessie ne diffère en rien de celui qu'on obtient avec les ampoules ordinaires de caoutchouc; j'espère qu'après l'examen du mécanisme par lequel s'opère la dilatation, il ne pourra rien subsister de cette assertion, quelle que soit l'autorité de son auteur.

La vessie est introduite dans le vagin converti en une cavité close (problème si difficile à résoudre et aujourd'hui complètement résolu). Si, sous une certaine pression, on fait arriver de l'eau dans cette vessie,

elle commence à distendre la cavité vaginale, elle se moule à toutes ses anfractuosités, elle prend l'empreinte exacte du col et commence à s'insinuer dans sa cavité, quelque petite qu'elle soit encore (1).

Si un ballon Gariel, qui prend une forme sphérique et ne remplit qu'imparfaitement la cavité vaginale, suffit pour faire naître les contractions utérines, il est évident que ces contractions seront bien plus fortement éveillées par la vessie qui distend bien plus énergiquement cette cavité; elles ne tarderont pas à amener une légère dilatation du col, mais cette action physiologique va être puissamment secondée par les actions mécaniques exercées par la vessie.

En distendant circulairement les culs-de-sac, la vessie doit nécessairement tirailler la circonférence de l'ouverture cervicale qui commence à se former, en augmenter l'écartement et surtout l'empêcher de se refermer pendant la cessation des douleurs. De plus, en se moulant à cette ouverture, elle fait l'office d'un doigt dont les dimensions augmenteraient en proportion de l'écartement des bords. Notons, en outre, qu'elle tend à soulever l'utérus et que, par ce fait, elle exerce une pression assez considérable sur le col et la zone péri-cervicale; à cette pression de bas en haut correspond une pression de haut en bas exercée par la véritable poche des eaux, de telle façon que le col est fortement comprimé par deux forces qui ne tardent pas à en amener l'effacement. Lorsque cet effacement sera complet, le col sera bien près de céder entièrement aux forces qui en sollicitent l'ouverture; la vessie, qui pendant ce travail préparatoire commençait à se montrer dans la cavité utérine, va s'y précipiter brusquement et s'y développer sous forme d'un champignon plus ou moins volumineux, suivant qu'il trouvera une place plus ou moins grande. A la première douleur qui va se produire, l'effort utérin tendant à réunir les deux moitiés de la calebasse augmentera dans des proportions considérables la portion étranglée par le col, qui subira de ce chef une pression excentrique qui complétera rapidement la dilatation.

Telle est la théorie par laquelle s'explique la rapidité d'action de la vessie. Ces phénomènes, il est vrai, ne se produisent pas sous les yeux de l'opérateur, mais ils sont la conséquence de lois physiques tellement simples que l'esprit le plus prévenu ne saurait en nier la réalité.

(1) Je me suis assuré qu'en plaçant dans un moule une vessie convenablement ramollie et lubrifiée, si on coule dans ce moule du plâtre très liquide, ce plâtre solidifié rapporte l'empreinte exacte du moule, les yeux, la bouche, les ouvertures des narines sont presque aussi exactement reproduits que s'il n'y avait pas eu de membrane interposée. Si, à la place de la vessie, on met une poche de caoutchouc, quelque minces qu'en soient les parois, on ne rapporte l'empreinte que des grandes anfractuosités, aucun des petits détails n'est reproduit.

En ce qui concerne le phénomène final, la pénétration de la vessie dans l'utérus, il ne s'agit plus de signes rationnels, mes expériences, celles si ingénieusement instituées par M. Hubert, ne sauraient laisser aucun doute sur la réalité de cette pénétration dont la clinique vient nous donner des preuves tout aussi irrécusables.

On me permettra d'emprunter ces preuves à des observations qui n'ont pu trouver grâce auprès de M. Hyernaux et que je considère cependant comme absolument concluantes.

Dans une première observation il s'agissait de déterminer le travail chez une malade qui avait dépassé de quinze jours le terme de sa grossesse et chez laquelle on pouvait redouter un développement trop considérable du fœtus. Au terme de la grossesse, il y avait eu un commencement de travail qui avait amené une légère dilatation ; cette dilatation s'étant maintenue, l'appareil est mis en place, l'injection est poussée avec un irrigateur Aiguisier ; elle pénètre sans effort. Arrivée aux deux tiers de sa course, la crémaillère s'arrête, la cavité vaginale est remplie, mais bientôt la tige se remet à descendre et j'en conclus que la vessie a pénétré dans la cavité utérine. Immédiatement il survient des contractions énergiques, quatre douleurs se produisent en un quart d'heure; l'appareil est enlevé, le travail continue et deux heures après je terminai l'accouchement par la version.

M. Hyernaux n'admet pas cette interprétation, « il a vu ces effets se produire dans ses expériences et l'on peut, dit-il, facilement s'en rendre compte sans prétendre pour cela que la vessie quitte le vagin. Qu'à un récipient en cuir ou en toile vous suturiez légèrement un pli, vous verrez dans un moment donné la marche du liquide se ralentir et même s'arrêter aussi longtemps que le pli existe, tandis qu'il y aura descente dès l'instant où, la pression continuant, celui-ci s'efface. »

C'est, d'après l'éminent professeur, par un mécanisme analogue que se produisent les alternatives d'arrêt et d'arrivée du liquide dans la cavité vaginale. Mais je demanderai à M. Hyernaux où il a vu la main de cette fantastique couturière, faufilant les plis du vagin pour s'opposer à leur développement; je lui demanderai encore si, dans les nombreuses explorations vaginales qu'il a pratiquées, il a jamais rencontré le moindre obstacle au déplissement du vagin et, sans attendre sa réponse, je lui ferai observer que dans les faits cliniques les choses ne se passent pas du tout comme dans ses expériences. Le liquide arrive d'abord d'une manière régulière, il distend le vagin, en efface les plis et le remplit complétement; à ce moment l'arrivée du liquide n'est pas suspendue, mais seulement ralentie; la pression a pour effet de lutter contre la tonicité et la contractilité des parois vaginales; cette résistance est bientôt vaincue et on n'observe plus dans le niveau du liquide qne d'insignifiantes oscillations.

Si, après un temps d'arrêt plus ou moins long, on le voit descendre de nouveau brusquement, je ne sais quel faux-fuyant on pourrait invoquer pour ne pas reconnaître qu'il a trouvé dans la cavité utérine une place qu'il ne trouvait pas dans la cavité vaginale.

Une autre observation, également contestée par M. Hyernaux, va nous fournir des preuves bien plus concluantes encore.

Une jeune fille de seize ans entre à la Charité, dans le service de M. Marduel : son bassin est rétréci dans toutes ses dimensions, elle sera à terme dans une quinzaine de jours; M. Marduel se décide à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel à l'aide de mon appareil, qui est appliqué le 22 août 1882 à dix heures et demie du matin, en présence de MM. Marduel et Poullet. Un vase plein d'eau phéniquée est placé à un mètre audessus de la malade, un siphon est amorcé et mis en communication avec la vessie; trois décilitres d'eau suffisent pour remplir la cavité vaginale qui est très petite; nous interrompons la communication du siphon pour la rétablir un quart d'heure après, non plus avec le bocal, mais avec un tube placé devant une échelle graduée; le liquide descend avec la plus grande rapidité jusqu'à ce que la pression soit abaissée à 60 centimètres au-dessus du niveau du bassin de la malade; on introduit une nouvelle quantité d'eau qui pénètre avec la même facilité.

Craignant d'exercer sur le fœtus une compression dangereuse, nous enlevons l'appareil qui n'avait provoqué que d'insignifiantes contractions, et cependant nous constatons que le col est complètement effacé, qu'il est mou et dilatable et qu'il présente une dilatation d'environ trois centimètres; la poche des eaux commence à se former; dans un cas d'urgence une version serait praticable : l'application avait duré vingt-cinq minutes.

Quand, sans pouvoir invoquer l'action de l'utérus, qui était resté presque complètement inerte, on a pu, en vingt-cinq minutes, amener l'effacement complet du col et une dilatation de trois centimètres, il faut bien reconnaître qu'un semblable résultat n'aurait pu être obtenu avec un simple ballon Gariel; lorsqu'on a vu l'arrivée du liquide momentanément suspendue et une nouvelle introduction devenue possible quelques instants après, il est bien difficile de nier que ce liquide, trouvant de la place ailleurs que dans le vagin, ait entraîné avec lui la vessie,qui a été le véritable agent de cette dilatation.

M. Hyernaux n'accepte pas cette interprétation, il invoque encore son hypothèse du plissement du vagin; nous allons voir comment cette explication pourra se tenir debout devant ce qui va se passer dans une seconde application de l'appareil.

Cette nouvelle application a lieu à une heure. Trois décilitres et

demi du liquide sont introduits, puis la communication est établie avec le tube indicateur, la colonne descend rapidement à 60 centimètres, puis quelques légères contractions se produisent, pendant lesquelles elle remonte.

Après avoir observé un certain nombre de ces oscillations, nous fermons la communication et nous laissons l'appareil en place pendant près d'une heure pendant laquelle les contractions continuent sans augmenter d'intensité.

L'appareil est alors enlevé et nous trouvons le col avec une ouverture égale à une pièce de cinq francs; les contractions les plus légères font saillir une poche des eaux volumineuse qui ne tarde pas à compléter la dilatation. La vessie avait donné tout ce qu'on pouvait lui demander. Malgré la dilatation complète, malgré la rupture de la poche des eaux, l'utérus restait inerte : elle n'avait pu faire naître des réflexes qui, chez notre malade, n'existaient qu'à l'état rudimentaire.

Si M. Hyernaux ne partageait pas notre conviction que les oscillations du liquide étaient bien la conséquence des pressions exercées par l'utérus sur le segment de vessie qui avait pénétré dans sa cavité, je clorais mon argumentation sur la pénétration, et je me bornerais à demander à notre honorable confrère comment il explique l'absence complète des caillots, lorsqu'on procède à l'enlèvement de la vessie avec laquelle on a pratiqué le tamponnement dans les cas de *placenta praevia.*

M. Hyernaux ne s'est pas borné à discuter la pénétration de la vessie dans l'utérus, il a jugé toutes mes observations avec la plus implacable sévérité, leur opposant sa propre pratique qui est toujours plus simple, plus correcte, plus prompte, plus expéditive, etc.

Une malade est arrivée presque au terme de sa douzième grossesse, pendant laquelle s'est considérablement aggravé un catarrhe pulmonaire chronique auquel elle va succomber; le pouls n'est presque plus perceptible, les lèvres sont cyanosées, la peau est recouverte d'une sueur froide et visqueuse, la connaissance est abolie, le râle de l'agonie commence. Dans le but de rendre possible et facile l'accouchement après la mort, j'applique mon appareil qui immédiatement éveille d'énergiques douleurs, lesquelles en provoquent l'expulsion après un quart d'heure d'application. La dilatation est complète, je romps la poche des eaux et trois douleurs suffisent pour amener une enfant parfaitement vivante et viable.

De plus, immédiatement après la sortie de l'enfant, il se produisit chez la mère une véritable résurrection qui ne dura malheureusement que deux jours.

Je ne pouvais penser que la satisfaction que j'éprouvais en voyant mes espérances ainsi dépassées, pourrait jamais être troublée par une appréciation aussi sévère que celle qui a été formulée par M. Hyernaux. D'après notre savant confrère, j'ai eu plus de bonheur que de sagesse. « Comment, dit-il, voilà une femme en proie au râle de la mort, elle porte dans son sein maternel un cœur fœtal dont on compte en quelque sorte les derniers battements, et il perd dans l'essai d'un instrument un temps précieux dont il ne peut calculer la durée, alors qu'avec un col largement entr'ouvert, mou et très dilatable, il suffirait d'une minute pour la version ou le forceps pour soustraire l'enfant au danger qui le menaçait! Oui, si en agissant ainsi M. Chassagny n'a pas eu à regretter un double insuccès, c'est que la chance, je le répète, l'a singulièrement favorisé. »

Nous avons vu le travail se déclarer chez des malades mourantes qui trouvaient encore assez de force pour accomplir ce dernier acte de la reproduction, et qui succombaient immédiatement après leur délivrance. Pour moi, je pense, et beaucoup de médecins penseront avec moi, que telle malade qui trouverait encore dans son organisme les ressources nécessaires pour terminer un travail physiologique, ne pourrait supporter le choc produit par les manœuvres obstétricales nécessaires pour faire l'accouchement forcé, d'autant moins que le tour de prestidigitation dont parle M. Hyernaux ne serait pas toujours praticable et qu'on se heurterait souvent contre des difficultés considérables, quelquefois contre des impossibilités absolues.

Dans la conduite que j'ai tenue je ne regrette qu'une chose, c'est d'être intervenu trop tard et d'avoir laissé trop longtemps amoindrir les chances de survie qu'on aurait pu conserver pour la mère. Aussi, avec la certitude que je possède de provoquer l'accouchement sûrement, rapidement et avec la plus complète innocuité, étant donné un cas d'affection grave du poumon ou du cœur dont le gravidisme constitue une des plus fâcheuses complications, je me suis promis de ne jamais attendre la période ultime pour intervenir; je multiplierai ainsi les chances de conserver la vie de l'enfant, tout en améliorant la situation de la mère; et je pense que cette conduite sera plus sage, plus prudente et surtout plus humaine que celle de M. Hyernaux, qui ne saurait me persuader que nous puissions jamais nous arroger le droit d'agir sur une femme vivant encore comme sur un cadavre.

Mme D... est arrivée au septième mois d'une première grossesse; depuis plusieurs jours elle ne perçoit plus les mouvements de son enfant; le 26 août 1877 elle rentre à Lyon, à la suite d'un voyage où elle a éprouvé beaucoup de fatigue et subi quelques contrariétés; le lendemain 27, elle fut prise dans la soirée de nausées très pénibles et

eut vingt-quatre vomissements bilieux ; à neuf heures et demie elle eut une crise d'éclampsie qui fut suivie de nouvelles attaques se renouvelant toutes les deux heures ; à ce moment, M. Ogier, médecin et père de la malade et M. le Dr Noack, réclament mon concours.

J'arrive auprès de la malade à huit heures du matin, et en présence d'un danger aussi imminent, les crises tendant à se rapprocher, la connaissance étant complètement perdue, nous sommes d'avis que le salut était au prix d'une délivrance aussi rapide que possible.

Nous constatons, en outre, qu'il n'y a pas de commencement de travail : les parties sont sèches, le col est dur, saillant, complétement fermé et n'admettant pas même l'introduction du doigt ; c'est un col de vierge.

L'appareil est immédiatement introduit, il provoque des contractions incessantes très énergiques, mais tout à fait inconscientes, car la malade est plongée dans le coma le plus profond. A dix heures il est enlevé, nous trouvons les parties lubrifiées par des glaires abondantes, mais le col reste rigide ; cependant la dilatation a acquis la dimension d'une pièce d'un franc. L'appareil est remis en place, les douleurs continuent jusqu'à un nouvel enlèvement qui nous permet de constater la progression de la dilatation ; à deux heures et demie, sous l'influence d'une nouvelle application, elle a atteint la dimension d'une pièce de cinq francs. Le Dr Laure vient à ce moment nous prêter son concours : il est témoin de la douzième attaque, la plus terrible de toutes. En présence de la gravité de la situation, de la rigidité et de l'absence de dilatabilité du col qui ne saurait permettre, sans violence et sans déchirement, l'introduction de la main, nous décidons de ne pas attendre davantage et de pratiquer un débridement qui permit à M. Laure de pratiquer la version et d'amener un enfant mort depuis plusieurs jours et dont l'épiderme était déjà macéré. La malade eut encore deux crises après sa délivrance et, au bout de quinze jours, son rétablissement était complet.

Les Drs Noack et Laure, aussi bien que le père de la malade, estiment que le succès n'est dû qu'à la rapidité avec laquelle on a pu terminer l'accouchement ; ils estiment que chez une primipare dont le travail n'est pas commencé, il n'existe dans la science aucun moyen de rendre possible en six heures et demie une manœuvre obstétricale.

Telle n'est pas l'opinion de M. Hyernaux, qui apprécie cette observation en ces termes : « Vient ensuite la relation d'un cas d'éclampsie frappant une primipare au septième mois de sa grossesse. Après trois applications, à deux heures d'intervalle et d'une durée totale de plus de six heures, le col n'a encore atteint que *la dimension d'une pièce de cinq francs*. En ce moment une douzième attaque, la plus

terrible de toutes, se déclare, et l'on opère le débridement sanglant du col.

» Mais, Messieurs, à défaut d'autres procédés plus efficaces, n'obtiendrait-on pas un résultat aussi satisfaisant avec le tamponnement classique et avec la poire de Gariel? Je le pense et je suis même convaincu que la délivrance n'eût pas exigé à beaucoup près un temps aussi long ni un débridement au bistouri, par la dilatation progressive à l'aide des doigts, des pinces et du forceps. »

A l'appui de cette appréciation M. Hyernaux rappelle la rapidité avec laquelle il a pu délivrer des éclamptiques et des femmes agonisantes, et il cite l'observation d'une femme qui, dans le coma éclamptique, vers le septième mois de sa grossesse, est amenée à minuit dans son service de la Maternité; à minuit et demi il est à son chevet. Le col était effacé, accusé par un simple bourrelet, l'orifice admettait à peine, *mais admettait* la pulpe de son index; moins d'une demi-heure après il extrayait l'enfant. Ses doigts, une longe pince, le petit forceps, en cette circonstance comme en bien d'autres, ont rapidement suffi à cette tâche.

M. Hyernaux oublie sans doute que les raisonnements par comparaison ne peuvent avoir de valeur qu'autant que les termes de la comparaison sont absolument adéquats; or, chez sa malade le col était effacé, l'extrémité du doigt y pénétrait, le travail était commencé; je me permettrai de lui demander combien il lui eût fallu de temps pour provoquer la complicité de l'utérus et amener ma malade à cet état?

Il eût bien vite reconnu l'inutilité du doigt, de la pince et du forceps, il eût sans doute eu recours à la corde de boyau, au laminaria ou à l'éponge préparée, et il sait mieux que moi combien les demi-heures sont vite écoulées. Lorsque, par ces moyens, il serait arrivé à obtenir un peu de dilatation, il n'aurait sans doute pas osé travailler encore un col aussi résistant; il avait, il est vrai, la ressource de la poire de Gariel, mais M. Hubert lui a déjà rappelé que la malade du Dr Bomal en avait une depuis vingt-quatre heures dans le vagin lorsqu'on lui appliqua mon appareil.

Nous sommes donc bien éloignés des analogies, et pour bien établir les différences du col de nos deux malades, il suffira de rappeler que chez celle de M. Hyernaux, avec une dilatation d'un centimètre, le col était effacé, tandis que chez la mienne la dilatation étant arrivée à la dimension d'une pièce de cinq francs, il était encore constitué par un bourrelet dur, absolument rigide et criant sous le bistouri pendant le débridement.

M. Hyernaux aurait peut-être dû penser que nous savons à Lyon

reconnaître la souplesse de la dilatabilité d'un col utérin, en profiter et en faire profiter nos malades, et que si, avec une dilatation égale à une pièce de cinq francs, alors que, dans l'immense majorité des cas, il est si facile d'introduire la main dans l'utérus, nous avions pu nous décider à un débridement sanglant, nous ne l'avons pas fait sans les motifs les plus sérieux. Certainement il eût été plus confraternel d'admettre des difficultés exceptionnelles que de préjuger l'impéritie de ses confrères.

Chez une autre malade, arrivée au terme de sa sixième grossesse, le travail s'est déclaré, le col s'est rapidement dilaté, tout fait prévoir une terminaison prochaine, lorsque les douleurs deviennent rares et faibles : le travail est complètement suspendu et, malgré une dilatation égale à une pièce de cinq francs, nous attendions depuis plusieurs jours la délivrance lorsque je me décidai à appliquer l'appareil. A midi, une carafe est placée à 70 centimètres au-dessus de la malade et le siphon mis en communication avec la vessie; immédiatement deux douleurs excessivement énergiques se produisent; l'appareil est enlevé : ces deux douleurs ont suffi pour compléter la dilatation, elles se continuent ainsi toutes les cinq minutes avec la même intensité et l'accouchement est heureusement terminé dans la soirée. L'appareil était resté en place pendant dix minutes.

M. Hyernaux accuse implicitement cette observation de puérilité. « Voilà donc, dit-il, une matrice dans les conditions les plus favorables puisqu'elle est large ouverte et sensible à chaque examen, elle ne réclame qu'un petit coup de fouet, quelques frictions abdominales, un gramme de sulfate de quinine, probablement, et elle se débarrassera de son produit si impatiemment attendu.

» Non, M. Chassagny préfère appliquer son appareil et, comme on devait s'y attendre, et comme l'eût fait tout autre tampon, le travail si long jusque-là se réveille définitivement.

» Je reconnais que dans un col comme celui-ci, un col dont la cavité ne fait en quelque sorte qu'un avec le vagin, tant il est dilaté, la vessie n'éprouve aucune difficulté à pénétrer. Néanmoins cela ne me paraît pas évident du tout dans le cas actuel. »

M. Hyernaux aurait dû ajouter que depuis sept jours j'attendais inutilement ce coup de fouet, ce rien qui devait relancer l'accouchement. Depuis le 22 août jusqu'au 4 septembre j'avais tout fait pour le provoquer ; des frictions sur le ventre, l'excitation digitale du col avaient été pratiquées plusieurs fois dans la journée; des toniques, des excitants avaient été administrés sous toutes les formes; je n'avais pas, il est vrai, donné du sulfate de quinine, mais j'avais pratiqué deux fois la faradisation : l'utérus restait sourd à tous ces appels, à

chaque manœuvre quelques petites douleurs se réveillaient, et il retombait dans son inertie.

S'il était difficile de se rendre compte de la cause de cette inertie, en revanche rien n'était plus facile que d'interpréter le mode de fonctionnement de l'appareil. Il est évident qu'il a agi en exagérant la réplétion de l'utérus, en distendant ses fibres musculaires et en provoquant la contraction qu'amène infailliblement la distension; il est évident encore que, contrairement à l'opinion de M. Hyernaux, un ballon Gariel n'aurait pas produit un résultat aussi certain, aussi immédiat; c'est là, je pense, un de ces cas où l'on peut le mieux constater les rapports de la cause à l'effet, où l'on peut avec le plus de certitude affirmer le *post hoc, ergo propter hoc.*

En général, il n'est pas d'œuvre si absolument mauvaise que le censeur le plus morose ne puisse y trouver quelque chose à approuver, ne fût-ce que pour donner une fiche de consolation à son infortuné justiciable; M. Hyernaux aurait pu trouver cette occasion en montrant avec quelle sérénité, quelle tranquillité d'esprit l'accoucheur peut, avec l'appareil élytro-ptérygoïde, aborder l'hémorrhagie *post partum*, la complication la plus grave de l'accouchement. Il aurait pu montrer la vessie distendant l'utérus, se moulant exactement à sa cavité, en tapissant toutes les anfractuosités, obturant hermétiquement les ouvertures béantes des vaisseaux, reconstituant le gravidisme et provoquant d'énergiques contractions qui se traduisent par l'expulsion du liquide sous forme d'un jet vigoureux qui ne cesse que lorsque la vessie est complètement vidée, que la cavité utérine est effacée, que toutes les appréhensions de l'accoucheur sont complètement dissipées.

—

DE LA VALEUR DU SUBLIMÉ ET DE L'IODOFORME DANS LE PANSEMENT DES PLAIES.

L'appréciation de ces deux substances antiseptiques vient de nous être fournie récemment par deux personnalités marquantes de la chirurgie allemande, deux autorités également compétentes en cette question.

D'abord, le prof. Bergmann, de Berlin, qui le premier a introduit le sublimé dans la pratique des pansements, apprécie comme suit cet antiseptique dans un article du *Thérapeutische Monatshefte* (1887, feb.) en réponse à un article du même journal, résumé dans le n° précédent de la *Revue*, et concernant les inconvénients des solutions au sublimé.

Dans le traitement des plaies, les propriétés antiseptiques du sublimé sont utilisées, pour deux indications différentes : la désinfection des

tissus lésés au début du traitement, puis, la préparation des pièces de pansement chargées de recueillir les sécrétions traumatiques. C'est pour cette seconde indication seulement que l'auteur recourut, en 1878 déjà, au sublimé. L'acide phénique employé jusqu'alors pour assurer la stérilisation des pièces de pansement présentait le grave inconvénient de se volatiliser rapidement, et cet inconvénient s'était surtout fait sentir depuis le jour où la pratique des pansements antiseptiques à demeure s'était répandue. C'est ainsi qu'au bout de 6 jours seulement, la quantité d'acide phénique, contenue dans les pièces de pansement, préparées suivant les préceptes de Bruns, était réduite des deux tiers.

L'acide salicylique avait un inconvénient analogue : la poudre cristalline qui imprégnait la gaze ou la ouate étant secouée en grande partie pendant le transport des pièces de pansement. Ce fut pour remédier à cette imperfection des antiseptiques jusqu'alors en usage que Bergmann recourut au sublimé pour l'imprégnation des pièces de pansement. Telle était la solution employée au début : 7,5 à 10 parties de sel mercurique dissoutes dans 500 parties de glycérine, 1000 d'alcool et 1500 d'eau.

Avant l'imprégnation, la gaze était dégraissée par l'ébullition dans la soude caustique, puis rincée dans une solution acidulée d'acide chlorhydrique, afin d'être complétement débarrassée de la présence d'un alcali.

Maas attribua à la réaction acide de la gaze ainsi obtenue l'irritation cutanée survenant sous le pansement laissé à demeure, et proposa d'ajouter à la solution au sublimé employée une proportion notable de sel marin.

L'avantage de l'addition de chlorure de sodium ou de chlorure d'ammonium aux solutions de sublimé, recommandée dans l'article précédent, avait donc été déjà remarqué par les chirurgiens.

Bergmann ajoute qu'il stérilise actuellement la gaze, avant de la porter dans le bain antiseptique, en la soumettant à l'action de la vapeur, au moyen de l'appareil de Rietschel et Henneberg. Il rappelle que les recherches de Buchholtz d'abord, celles de Koch, ensuite ont démontré les propriétés antiseptiques réellement merveilleuses du sublimé et contribué à introduire cette substance dans la pratique ; on sait entre autres qu'une solution à 1 pour 20000 s'est montrée capable d'anéantir divers coccus et bacilles pathogènes.

Pour remplir l'autre indication, — la désinfection des tissus, — Bergmann s'était abstenu dans le principe de recourir au sublimé ; et cela pour les deux motifs suivants : d'abord, il craignait qu'au contact des sels alcalins et des substances albuminoïdes des tissus, les solutions faibles de sublimé ne fussent rapidement et complètement

rendues inactives : au lieu d'avoir affaire avec le sublimé, on se fût trouvé en présence d'un oxyde ou d'un albuminate de mercure insoluble, ou au moins, la proportion de l'antiseptique resté dissous et partant actif se fût trouvée trop faible pour fournir le résultat désiré.

Le second motif qui avait engagé Bergmann à s'abstenir du sublimé pour le lavage des plaies était la crainte de l'empoisonnement. Aujourd'hui, dit-il, l'expérience clinique a prouvé que ses craintes n'étaient pas fondées. Schede a montré le premier que les tissus supportent admirablement les lavages au sublimé et que, grâce à eux, les plaies restent exemptes de réaction inflammatoire et montrent une tendance remarquable à la réunion par première intention : il a prouvé en outre que l'emploi d'une solution à 1 pour 5000 écarte tout danger d'intoxication et que, même avec la solution au millième, les phénomènes d'empoisonnement sont dépourvus en général de gravité : les cas d'intoxication mortelle publiés concernent surtout la pratique des accouchements et de la gynécologie.

Aujourd'hui, Bergmann se sert plus souvent de la solution de sublimé à 2 pour 1000 que de la solution phéniquée à 3 p. 100 pour les irrigations des plaies ; il ajoute, que dans le choix d'un antiseptique pour cet usage, il ne faut pas seulement envisager la puissance désinfectante, mais aussi l'action sur les tissus.

Il importe de ne pas troubler la vitalité des tissus appelés à réparer le traumatisme. Par conséquent, plus faibles seront les solutions employées pour les irrigations, et moins elles seront irritantes, moins elles enlèveront l'eau des cellules et troubleront leur protoplasme.

Or, *à cet égard le sublimé se montre notablement supérieur à l'acide phénique.*

D'ailleurs, depuis que l'on sait que le contact des mains, des éponges ou des instruments souillés est bien plus préjudiciable à la plaie que l'action de l'air atmosphérique, on s'attache surtout à prévenir l'infection des tissus, et leur désinfection est ainsi le plus souvent superflue.

L'importance de la désinfection des mains du chirurgien et de la peau du champ opératoire apparaît ainsi à l'évidence : l'auteur se sert pour cet objet de lavages abondants et de frictions à la brosse au moyen d'eau et de savon et de lotions à l'éther ; par ce moyen il assure un contact intime avec la peau grasse des solutions aqueuses de sublimé.

Si les recherches entreprises pour la confection d'un bon savon au sublimé sont couronnées de succès, on pourra confondre, ajoute-t-il, en un seul acte ces deux opérations successives de désinfection de l'enveloppe cutanée : *la préparation et la désinfection proprement dite.*

On sait suffisamment, depuis les travaux de Kummell, de Gärtner et de Plagge, que les mains sont très difficiles à bien désinfecter : les microbes pathogènes sont très difficiles à enlever des sillons de l'épiderme, des replis unguéaux et des autres inégalités de la surface où ils s'abritent.

Bergmann considère comme une pratique importante de bien sécher les mains après les avoir soumises aux lavages.

Les linges qui servent à essuyer les mains doivent être également stérilisés : ce qu'on obtient simplement, comme l'a montré Gärtner, en les repassant avec un fer bien chaud.

Ce n'est qu'après avoir été bien essuyées que les mains sont lavées avec la solution de sublimé : on aura soin pour cela de frotter méthodiquement toute la surface à désinfecter, tous les replis de l'ongle etc. au moyen de morceaux de gaze trempés dans la solution. L'épiderme ayant été préalablement dégraissé par le savon alcalin, puis bien essuyé et séché, on peut compter que la solution de sublimé y adhérera d'une manière suffisante.

D'après Kummell d'ailleurs, un lavage abondant à la brosse pendant trois minutes au moyen d'eau chaude et de savon, puis une friction à la brosse pendant une minute avec la solution au millième de sublimé, assurent régulièrement la désinfection des mains. L'expérience de Bergmann confirme ce résultat.

Dans le n° suivant du même journal, le professeur König expose, à son tour, avec toute la compétence acquise par une expérience étendue, ses idées sur la valeur de l'iodoforme dans l'antisepsie chirurgicale.

On sait que les propriétés désinfectantes de ce médicament ont été sérieusement contestées dans ces derniers temps.

Heyn et Rovsing ont institué des expériences dans le but d'établir l'action nocive de l'iodoforme sur les microbes des affections chirurgicales, et ils sont arrivés aux résultats suivants (*Forschritte der Medicin*, 15 janvier 1887).

L'iodoforme n'a aucune valeur comme antiseptique chirurgical. Bien plus, c'est un médicament dangereux qu'il ne faut employer qu'avec prudence, car il peut se faire que les préparations d'iodoforme elles-mêmes renferment des organismes pathogènes.

En admettant que ces préparations, conservées avec précaution, puissent être considérées comme exemptes de souillures, les diverses méthodes d'application exposent à la contamination des plaies : ainsi, par exemple, les organismes atmosphériques ou autres peuvent venir infecter les objets servant à appliquer le remède.

Bref, pour pouvoir se servir encore de l'iodoforme dans le

traitement des plaies, il fallait le soumettre, au préalable, lui-même à une véritable désinfection.

Celle-ci pourrait être obtenue, comme on le proposait, en conservant l'iodoforme dans une solution au sublimé.

Voilà donc les chirurgiens invités à désinfecter une substance qu'ils étaient habitués à considérer comme un de leurs meilleurs antiseptiques!

König examine la question au point de vue de l'expérimentation clinique. Il rappelle d'abord que la longue controverse qui s'était élevée au sujet des propriétés toxiques de l'iodoforme a à peu près cessé : personne ne méconnaît plus le danger, mais on a appris à l'éviter par une interprétation exacte des conditions dans lesquelles il se produit et par une sage restriction des doses employées.

Aujourd'hui, c'est l'utilité même du médicament comme antiseptique qui est révoquée en doute : l'auteur analyse les expériences de Heyn et Rovsing auxquelles nous avons fait allusion tout à l'heure et qui ont comblé une lacune dans l'état de nos connaissances sur le mode d'action de l'iodoforme.

Ces expériences ont été établies au moyen de la poudre, ou de solutions et d'émulsions d'iodoforme; mais la solubilité de cette substance est très faible dans les liquides aqueux; dans le sérum, par exemple, la quantité dissoute n'excède pas 0,212 grammes pour 1000; dans l'huile d'olive, elle peut atteindre 4 p. 100.

Ces préparations diverses ont été essayées sur des cultures de micrococcus ou de bacilles pathogènes. On recouvrait d'une couche épaisse de poudre les cultures sur gélatine : la végétation des microbes ne fut nullement entravée et les inoculations ultérieures restèrent fertiles. Le résultat resta le même, lorsqu'on mélangea intimement la gélatine de culture avec de la poudre d'iodoforme dans des proportions considérables, et lorsqu'on employa les solutions de la substance dans l'huile ou le sérum.

Mais voici qui importe encore plus aux chirurgiens : de petites quantités de staphylococcus aureus furent intimement mêlées à de la poudre d'iodoforme sans que, même après plusieurs semaines de contact, des organismes eussent perdu la propriété de se développer dans les liquides de culture.

Les expériences de contrôle sur les animaux fournirent des résultats analogues : ainsi les auteurs injectèrent dans les articulations à des lapins des cultures de staphylococcus aureus, les unes pures, les autres intimement mêlées à de la poudre d'iodoforme et demeurées en contact avec elle pendant dix jours. Or, la suppuration articulaire, conjointement d'ailleurs avec la prolifération des microbes injectés, survint tout aussi bien dans un cas que dans l'autre.

La conclusion générale était donc, comme nous l'avons dit, *celle-ci: l'iodoforme n'entrave nullement le développement des microbes pathogènes.*

König, sans méconnaître l'importance de ces expériences de laboratoire, se refuse à accepter les conséquences pratiques qu'on pourrait en déduire; en effet, les auteurs ont paru ignorer complètement les phénomènes remarquables qui succèdent à l'application de l'iodoforme sur les tissus divisés et qui ont assuré à ce médicament une place distinguée parmi tous les agents de traitemeut des plaies. Sans doute, en présence des résultats si favorables obtenus par l'iodoforme, on conçoit facilement que dans le principe, on ait attribué à cette substance des propriétés microbicides énergiques, mais il y a longtemps déjà qu'on sait que celles-ci sont au contraire très peu prononcées, au moins en ce qui concerne les expériences *in vitro.* Toutefois, aucun chirurgien n'a trouvé dans cette particularité un motif suffisant pour abandonner un médicament si précieux, et aujourd'hui, en présence des expériences nouvelles, rapportées plus haut, aucun ne sera disposé davantage à le faire.

Il est surtout un phénomène consécutif à l'emploi de l'iodoforme qui a dès le principe excité l'étonnement et l'admiration des chirurgiens, *c'est son action restrictive sur les sécrétions traumatiques.* Sous ce rapport, l'iodoforme n'est égalé par aucun autre agent antiseptique. Appliqué sur *une plaie récente,* il supprime pour ainsi dire complètement l'écoulement des sérosités.

Les bactériologistes qui s'occupent de l'action de l'iodoforme sur les cultures de microbes, feront bien à l'avenir de ne pas négliger l'expérimentation sur l'animal vivant, à laquelle il appartient surtout de décider de la valeur du médicament dans le pansement des plaies. L'auteur leur propose, par exemple, d'instituer des expériences analogues au fait clinique suivant.

Qu'on répande sur une plaie fraîche et large, qu'on ne peut réunir par la suture, comme celle par exemple qui reste sur le front après certaines opérations d'autoplastie, une couche très légère de poudre d'iodoforme, et qu'on applique par dessus un pansement des plus simples, on pourra laisser pendant des semaines le pansement, sans qu'il soit souillé par les sécrétions.

Qu'on enlève le pansement au bout de ce temps, il semblera à première vue que la surface traumatique n'a pas changé, tellement la suppuration fait défaut et tellement les granulations sont petites et transparentes: mais qu'on y regarde de plus près, on trouvera que la cicatrisation a commencé sur les bords et que les tissus du fond de la plaie sont en quelque sorte revenus sur eux mêmes, si bien que,

grâce à ces deux phénomènes, l'étendue de la surface traumatique est sensiblement réduite.

Il en est de même d'ailleurs de toutes les plaies fraîches et aseptiques. L'auteur cite spécialement les cavités traumatiques considérables qui succèdent à la résection des articulations tuberculeuses : on sait entre autres quelles difficultés on éprouvait autrefois à entretenir par le pansement de Lister, à la suite de la résection de la hanche, l'asepsie de la plaie, et combien, dès le premier jour déjà, les sécrétions imprégnaient toutes les pièces de pansement.

Aujourd'hui, que grâce à l'iodoforme on peut laisser le premier pansement 10 à 15 jours en place et maintenir pendant tout ce temps la plaie sèche et exempte de réaction, ira-t-on, se demande König, abandonner cette substance, parce qu'on a démontré qu'elle n'arrête pas dans les milieux nutritifs le développement des microbes? Ou bien encore l'abandonnera-t-on, parce qu'il paraît de plus en plus probable par le fait de ces expériences, qu'elle n'arrête pas non plus le développement du bacille tuberculeux et qu'ainsi elle ne constitue nullement un remède spécifique contre la tuberculose?

Mais l'auteur ne voit nullement la nécessité d'admettre cette action spécifique, pour se rendre compte des résultats si avantageux de l'iodoforme dans les plaies qui succèdent aux opérations pratiquées sur les articulations tuberculeuses. Bien plus, l'hypothèse contraire s'accorde encore mieux avec les faits cliniques.

En effet, supposons d'abord le cas où tous les tissus infectés de tuberculose ont été enlevés dans l'acte opératoire : le rôle de l'iodoforme répandu dans la plaie sera alors de réprimer les sécrétions, de manière à assurer une organisation rapide et une cicatrisation par première intention des tissus divisés.

Supposons maintenant qu'un ou plusieurs foyers de tuberculose ont échappé à l'action des instruments, le rôle de l'iodoforme n'en sera pas moins utile, car, grâce à lui, les conditions de repullulation de la tuberculose dans la plaie seront beaucoup plus défavorables.

En effet, dans les plaies de cette nature non traitées par l'iodoforme les bacilles tuberculeux des foyers incomplètement stérilisés sont rapidement disséminés sur toute la surface au moyen des sécrétions, et une récidive étendue, généralisée, se produit. Au contraire, dans les plaies recouvertes d'iodoforme, cette dissémination n'a pas lieu, parce que les sécrétions sont taries; la cicatrisation se fait partout où les tissus ont été complètement désinfectés, et, si la récidive survient dans les points demeurés infectés, elle reste localisée. C'est ainsi que l'iodoforme, sans agir à proprement parler comme un spécifique sur les tissus tuberculeux — ce qu'on n'admet plus guère — n'en est pas

moins très utile pour le traitement des plaies tuberculeuses, grâce à son action sur les surfaces libres de tuberculose. Par cette action seule, il empêche en effet la récidive de se généraliser.

L'auteur veut bien admettre que des résultats aussi avantageux que ceux dont il a été question jusqu'ici peuvent être obtenus peut-être par d'autres agents que l'iodoforme, mais, là où ce médicament se montre indispensable, là où il n'a pu encore être remplacé par aucun autre, c'est dans le traitement des plaies opératoires de la bouche, du vagin et du rectum. Il est inutile d'insister à nouveau sur les avantages que procure dans ces cas le tamponnement des cavités à la gaze iodoformée, au point de vue de l'action restrictive sur les sécrétions et du maintien de l'asepsie.

Un bactériologiste à l'esprit exclusif serait peut être tenté de jeter l'iodoforme par dessus bord, parce que ses propriétés antiseptiques ne sont pas démontrées; mais peu importe à l'auteur que l'action si remarquable exercée par l'iodoforme sur les plaies, particulièrement son *action desséchante,* n'ait pas encore reçu une explication satisfaisante. De même que pour d'autres médicaments employés tous les jours en médecine dont on n'a pu encore interpréter convenablement le mode d'action, il continuera à se servir avec confiance de l'iodoforme, en attendant que l'expérimentation ait résolu la question de son efficacité.

Peut-être le secret de son utilité dans le pansement des plaies réside-t-il dans son action restrictive des sécrétions traumatiques.

Les microbes ne se développent que là où ils trouvent un terrain favorable, et les premières sécrétions des plaies sont reconnues d'autre part comme un des meilleurs terrains pour le développement des microbes. Or, précisément celles-ci font défaut sur les plaies traitées par l'iodoforme.

Peut-être aussi, l'iodoforme atténue-t-il la virulence des microbes avec lesquels il vient en contact.

Avant de terminer, König reconnaît néanmoins volontiers que des conséquences pratiques fort utiles découlent des expériences de Heyn et de Rovsing. Puisque les matières infectieuses ne sont pas rendues inoffensives par le contact avec la poudre d'iodoforme, les praticiens devront user de certaines précautions dans l'emploi de celle-ci. L'auteur est depuis longtemps persuadé que l'iodoforme doit être entretenu à l'abri de toute souillure, si l'on veut qu'il ne soit pas plutôt nuisible qu'utile.

C'est ainsi qu'il n'a jamais cru pouvoir se passer des précautions les plus rigoureuses de l'antisepsie, en usage autrefois dans les opérations, depuis que l'iodoforme a été introduit dans la pratique.

De même, il prévient toute souillure accidentelle de l'iodoforme avant son emploi, au moyen des précautions multiples suivantes : de préférence à la poudre fine de la substance, il se sert encore des paillettes cristallines, grossièrement pulvérisées. L'iodoforme est reçu du fabricant dans des vases en verre d'où il est retiré, avec toutes les précautions voulues, par la personne préposée à l'appareil de pansement, pour être conservé dans de petites bouteilles en verre exactement bouchées et mises sous cloche, en même temps que le bassin en verre sur lequel la substance est présentée au moment de l'emploi.

Le médicament est saupoudré sur la plaie au moyen d'une cuillère en corne, soumise à des soins spéciaux de propreté pour chaque opération. La couche saupoudrée est très mince, à tel point qu'en passant ensuite le doigt légèrement sur la plaie, celui-ci ne prenne guère que la teinte jaune du médicament.

Au préalable, la plaie a d'ailleurs été exactement rendue *aseptique* par le sublimé ou l'acide phénique et bien essuyée et séchée au moyen de la gaze antiseptique.

De cette manière, König ne peut admettre que l'infection de la plaie soit jamais venue une seule fois par le fait de l'iodoforme, dans les milliers de cas où il a eu recours à ce médicament. L. D.

—

SUR L'ASEPTOL.

Sous le nom d'aseptol, on a recommandé dans ces derniers temps comme antiseptique un composé chimique spécial, voisin de l'acide salicylique.

Au point de vue chimique, l'aseptol est le produit de la combinaison à la température ordinaire de quantités équivalentes d'acide phénique et d'acide sulfurique concentré : sa formule chimique se décompose comme suit : $C_6H_4 — OH — SO_2OH$; celle de l'acide salicylique est $C_6H_4 — OH — CO\ OH$; il n'y a donc entre l'aseptol et l'acide salicylique d'autre différence que le remplacement du radical CO OH par SO_2OH ; son nom chimique véritable est : *acide orthoxyphénylsulfureux;* on connaît trois acides sulfoconjugués du phénol : l'ortho, le para et le méta ; mais l'ortho possède seul des propriétés antiseptiques : aussi faut-il empêcher l'élévation de la température pendant la préparation, car la forme para se forme quand la température s'élève.

L'aseptol se présente sous la forme d'un liquide brunâtre, sirupeux à la température ordinaire de 15°, onctueux au toucher comme la glycérine, d'une densité de 1,40, il cristallise à 8° ; pur, il a une saveur aigre, puis piquante, mais en solution étendue de 1 à 5 % une saveur acide agréable ; il possède une odeur qui rappelle celle de l'acide phé-

nique mais qui est plus faible; sa réaction est franchement acide, cependant il est peu caustique, car on peut le tenir sur la main, sans éprouver autre chose qu'une légère sensation de chaleur.

L'aseptol est très soluble dans l'eau, la glycérine, l'alcool et l'éther alcoolisé; insoluble dans l'éther, le chloroforme, les huiles. On l'emploie en solution dans l'eau, dans la proportion de 1 à 10 %; mais, comme l'aseptol se transforme facilement en composés inactifs sous l'influence de la chaleur, lorsqu'on prépare les solutions au moyen de l'eau stérilisée, c'est-à-dire soumise à l'ébullition, il faut avoir soin de laisser refroidir l'eau avant de faire le mélange; car l'aseptol, de même que ses solutions, ne peut être soumis à une température supérieure à celle de la chambre, d'après Hueppe (*Berlin. Klin. Woch.* 1886, n. 37).

Anneessens, pharmacien à Anvers, a rapporté dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Belgique en 1885, un certain nombre d'expériences instituées pour établir les propriétés antiseptiques de l'aseptol; l'urine mêlée d'aseptol dans la proportion de 1 % ne se putréfie pas; si elle est en putréfaction, la décomposition s'arrête si on y ajoute de l'aseptol dans la proportion de 2 %; de même pour l'eau : de la viande fraîche, arrosée de la solution d'aseptol au centième, se conserve parfaitement; la bière, additionnée d'aseptol dans la proportion de 1 p. 200, ne s'altère pas.

Mais Hueppe a fait sur la propriété désinfectante de l'aseptol des recherches plus précises; il a procédé comme Koch, en se servant de cultures pures de microbes desséchées sur des fils de soie stérilisée; les fils étaient maintenus un temps variable dans des solutions de concentration diverse d'aseptol, puis portés dans un liquide nutritif; il était facile ainsi d'observer si le développement avait encore lieu ou si les microbes étaient détruits.

L'auteur a d'abord expérimenté l'action de l'aseptol sur les spores de charbon et les spores des bacilles de la terre commune et du foin; ce sont les germes pathogènes les plus résistants qui soient connus, et, comme l'a indiqué Koch, il faut qu'un antiseptique détruise ces germes pour être considéré comme véritablement efficace. Tels furent les résultats : après un séjour des fils pendant 24 heures dans la solution d'aseptol à 1 p. c., non seulement les spores n'étaient pas détruites, mais leur germination n'était pas même retardée; avec la solution à 3 p. c., le retard dans la germination fut très appréciable, même après quelques minutes de contact, mais les spores ne furent pas tuées après 24 heures de contact. Il en fut de même de la solution à 5 p. c.; mais la solution à 10 p. c. parvint à détruire complètement les spores, déjà après 30 minutes de contact.

Hueppe conclut que la solution à 10 p. c. d'aseptol appartient ainsi

aux meilleurs agents de désinfection, car, abstraction faite du chlore, du brôme et de l'iode, il n'y a que l'acide phénique et le sublimé qui peuvent rivaliser avec lui. Il rappelle que l'acide phénique en solution à 5 p.c. anéantit les spores du charbon en 24 heures ; il exercerait ainsi une action équivalente à l'aseptol en solution à 8 p. c.

Hueppe a aussi expérimenté l'aseptol sur les formes végétatives des microbes, qui, comme on sait, résistent beaucoup moins que les spores : la solution à 1 p. c. a détruit en 30 minutes les bacilles du charbon ; en 16 heures, certaines bactéries septiques ; mais elle n'a pas réussi à détruire le staphylococcus pyogène même après 24 heures.

La solution de 1 % n'est donc pas d'une efficacité assez sûre pour être recommandée. La solution à 3 % a tué en 15 minutes les bacilles du charbon ; après une heure, elle a ralenti d'une manière très appréciable le développement des autres organismes cités, mais ne les a détruits complètement qu'après 16 heures pour les bactéries septiques, 24 heures pour le staphylococcus ; la solution à 5 % agit naturellement plus énergiquement encore, mais le staphylococcus lui a encore résisté pendant 24 heures.

Hueppe recommande néanmoins les solutions de 3 à 5 %. Quant à la solution à 10 %, elle a une action très prompte, et après 15 minutes de contact, elle détruisit tous les microbes expérimentés par Hueppe.

Hueppe a aussi essayé l'aseptol pour la désinfection des mains; après les avoir frottées au savon et à la brosse et rincées dans l'eau stérilisée, il les a lavées avec la solution d'aseptol à 3 p. c., puis, pour enlever l'aseptol, sans se servir d'un linge qui aurait pu apporter des impuretés, il les a plongées dans l'alcool et a enlevé l'alcool par l'éther : il a alors enfoncé la pulpe des doigts jusqu'à la racine de l'ongle dans de la gélatine nutritive : aucune colonie de microbes ne se développa.

Quant à l'action sur les tissus, l'aseptol même en solution à 10 p. c., n'est pas irritant pour la peau ; les muqueuses supportent même le contact des solutions à 3 p. c. et plus encore.

L'action caustique, qui ne se produit qu'à des concentrations très fortes, est d'ailleurs toujours plus faible que celle de l'acide phénique.

L'aseptol ne serait guère toxique. Anneessens a administré pendant 5 jours à un chien du poids de 9 kilogrammes, la dose quotidienne de 10 grammes d'aseptol dissous dans 100 grammes d'eau : l'animal n'a présenté aucun phénomène morbide et a continué à manger d'un bon appétit.

Comme le fait observer Hueppe, l'aseptol mérite d'être recom-

mandé ; il est aussi actif que le sublimé et l'acide phénique, et il a sur la solution au millième de sublimé, l'avantage de n'être pas toxique, et, sur la solution phéniquée à 5 p. c., l'avantage de n'être pas irritant. En outre, contrairement à la plupart des antiseptiques, l'aseptol a l'avantage d'être parfaitement soluble dans l'eau.

L'aseptol mérite donc d'entrer dans la pratique chirurgicale ; seulement il a l'inconvénient de coûter plus cher que l'acide phénique.

—

DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE AU MOYEN DE LA COCAÏNE.

Le *Thérapeutische Monatshefte* 1886, n° 3, analyse plusieurs travaux sur cette question dont nous nous sommes occupé déjà à plusieurs reprises dans la *Revue*.

L'anesthésie locale au moyen de la cocaïne a été employée, non seulement dans des opérations de courte durée et peu douloureuses pour lesquelles on se passait généralement de l'anesthésie par le chloroforme, mais même dans des opérations importantes qui nécessitent habituellement l'anesthésie générale.

En ce qui concerne l'anesthésie cutanée, la question peut être considérée comme tranchée : ainsi Wölfler est parvenu à insensibiliser tous les points de l'enveloppe cutanée et à pratiquer ainsi sans douleur l'enlèvement de tumeurs de la grosseur du poing et la suture consécutive. Pour insensibiliser la peau, l'injection ne sera poussée ni trop superficiellement, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais soit dans l'épaisseur de la peau, soit immédiatement en dessous d'elle. Le même auteur résout aussi affirmativement la question de savoir si l'insensibilisation peut être obtenue aussi facilement dans les cas d'inflammation de la peau : on fera alors la piqûre dans la peau saine voisine et on glissera la canule sous le foyer morbide, avant de chasser le liquide.

Comme nous l'avons indiqué l'année dernière, à propos du traitement du lupus, nous avons pu pratiquer de notre côté, sur les parties les plus sensibles de la face et du cou, au moyen de la cocaïne, l'opération très douloureuse et passablement longue de la cautérisation ignée transcurrente.

Pour combattre les douleurs névralgiques, l'efficacité de la cocaïne est moins constante. On a obtenu de l'amélioration plus ou moins durable, rarement la guérison, dans certains cas d'hémicranie ou de sciatique ; mais tous les cas de névralgie typique du trijumeau se seraient montrés rebelles.

Les injections gingivales de cocaïne ont fait leurs preuves dans les opérations d'extraction des dents ; toutefois, nous avons eu des

mécomptes dans certains cas, comme la plupart des auteurs qui ont expérimenté ce procédé. Il faut remarquer que le liquide injecté reflue facilement par la piqûre, pendant l'injection déjà, ou après l'enlèvement de l'aiguille, et certaines précautions sont nécessaires, si l'on veut éviter que l'injection soit faite en pure perte.

La Clinique (n° 10) attribue les insuccès à ce qu'il est difficile, au moyen des aiguilles droites de la seringue de Pravaz, de pousser le liquide exactement dans la direction des racines des dents postérieures, comme les grosses molaires.

Dans les cas d'otalgie, la cocaïne peut aussi rendre des services, mais il faut remarquer que, au moyen d'applications externes, le médicament n'est efficace que sur les muqueuses. Les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* ont insisté sur la nécessité d'appliquer la cocaïne dans les douleurs d'oreille, non par le conduit auditif externe, mais par la trompe d'Eustache. La couche externe de la membrane du tympan n'étant pas une muqueuse, mais une couche épidermique, la cocaïne ne peut pénétrer dans l'oreille moyenne par la voie du conduit auditif externe. Le Dr Hobbes, dans un cas d'otite moyenne aigue très douloureuse, a fait disparaître la douleur pendant deux heures en insufflant par la trompe au moyen du cathéter deux gouttes d'une solution à 2 %, puis il a obtenu un soulagement pendant huit heures en injectant deux gouttes d'une solution à 4 %.

Quand on ne recourt pas au cathéter, on peut aussi, comme l'auteur l'a fait, combattre la douleur d'oreille et même faire disparaître des bourdonnements, en pulvérisant une solution de cocaïne et de glycérine dans la fosse nasale correspondante, et en faisant exécuter ensuite l'expérience de Valsalva.

En ce qui concerne les opérations chirurgicales, la cocaïne a été employée dans bon nombre de cas à la clinique du professeur Dittel pour des extirpations de tumeurs, des opérations de hernie étranglée, de phimosis, l'enlèvement des doigts ou des orteils, l'ouverture de furoncles ou d'abcès, l'incision de fistules à l'anus, l'opération d'ongle incarné, etc. Pour les opérations sur les voies urinaires, la cocaïne s'est montrée moins avantageuse et les injections dans l'urèthre ou la vessie ont été employées peu fréquemment.

Le médicament a même été mis en usage dans un cas d'amputation de la jambe : huit grammes d'une solution à un demi pour cent furent injectés à un grand nombre d'endroits dans les parties molles, jusque contre l'os. Pendant la section des parties molles, l'opération fut à peu près indolore, mais le décollement du périoste et la section de l'os demeurèrent très douloureux.

Le Dr Fränkel s'est également servi de la cocaïne pour un grand

nombre d'opérations qui réclament habituellement l'anesthésie générale, et la croit appelée à remplacer le chloroforme, au moins dans certains cas; car il fait observer que l'anesthésie locale n'a pas la même influence sur le moral du sujet que l'anesthésie générale et qu'elle lui permet d'assister d'une manière consciente à toutes les phases de l'opération dont il est l'objet : ce qui peut être un inconvénient.

L'application des caustiques serait aussi appelée à retirer des avantages de la cocaïne : on mélange la quantité à appliquer avec une certaine dose de cocaïne pulvérisée.

Enfin, la cocaïne ne serait pas à dédaigner comme hémostatique, grâce à l'action constrictive qu'elle exerce sur les vaisseaux.

Nous avons eu recours plusieurs fois à la cocaïne pour des opérations de peu de durée, et toujours avec plein succès. Nous avons pratiqué ainsi entre autres des incisions multiples et profondes pour panaris, après avoir injecté à la racine du doigt sur les parties latérales deux demi seringues de Pravaz de la solution à 5 °/₀ : nous cherchions, en choisissant ce point, à atteindre principalement les nerfs collatéraux ; nous avons lu depuis que, d'après certaines expériences, l'action de la cocaïne, injectée dans le voisinage des nerfs, se propage en effet davantage vers la périphérie.

Comment faut-il pratiquer les injections de cocaïne ?

Disons d'abord qu'il est indiqué d'employer les doses les moins élevées possibles, pourvu qu'elles procurent l'effet recherché, à cause du prix élevé du médicament d'abord, à cause de ses propriétés toxiques ensuite. Or, la cocaïne n'exerce pas d'effet à distance, comme le dit Fränkel, mais insensibilise seulement les tissus avec lesquels elle vient en contact immédiat ; nous ferons cependant remarquer que nous avons réussi à insensibiliser tout le doigt en pratiquant les injections à sa racine, mais nous avons laissé soupçonner tout à l'heure la raison de cette particularité.

Il n'en est pas moins vrai que l'observation de Fränkel est vraie en thèse générale : d'où le précepte : *il vaut mieux faire des injections en plusieurs points avec des quantités faibles de la solution que des injections de doses massives en un même point,*

Ainsi, grâce à la diffusion plus étendue, la surface anesthésiée sera plus considérable, si l'on vide une seringue de Pravaz en deux ou trois piqûres voisines que si on la vide en un même point.

Quant à la concentration minimâ de la solution, le Dr Fränkel a constaté dans ses expériences qu'elle peut être très faible, et il s'est servi de la solution à 1 °/₀ seulement. De cette façon, dix seringues de Pravaz ne contiennent pas plus de substance qu'une seule seringue

de la solution à 10 %, et le terrain opératoire insensibilisé par la confluence des dix foyers d'injection est bien plus étendu.

Il s'ensuit que, quand il y a lieu de recourir à un grand nombre d'injections, c'est à dire, quand la partie à insensibiliser doit être étendue en surface ou en profondeur, il convient de se servir de concentrations très faibles.

Dans les autres cas, par exemple, quand il ne faut qu'une ou deux injections, la solution à 5 % convient parfaitement; dans des cas spéciaux, comme pour l'extraction dentaire, où l'on injecte seulement une demi seringue, la concentration à 10 ou 15 % sera même tolérée ainsi que nous l'avons indiqué antérieurement dans la *Revue*.

Relativement à l'étendue de la surface anesthésiée par une quantité déterminée de liquide, d'après ce que nous avons noté, une injection d'une demi seringue de Pravaz insensibilise approximativement un territoire cutané de l'étendue d'une pièce de cinq francs

Lorsque les solutions de cocaïne doivent être conservées pendant quelque temps, il est bon d'y ajouter une substance antiseptique dans le but d'éviter le développement de moisissures; soit de l'acide phénique (1 à 2 %) dont l'action anesthésique se joint à celle de la cocaïne, soit une très légère quantité de sublimé (1/5 p. 1000 par exemple).

Comme pour toute injection hypodermique, la désinfection de la peau et de la canule sera utile pour prévenir le développement d'indurations ou toute autre complication fâcheuse.

Les propriétés toxiques de la cocaïne n'ont pas encore été étudiées d'une manière complète, et s'il est vrai qu'il faut manier ce médicament avec prudence, on n'a, d'autre part, jusqu'ici observé d'empoisonnement mortel qu'avec des doses considérables, de plusieurs grammes par exemple. Ainsi, un fait tristement célèbre s'est passé dernièrement en Russie : une malade est morte à la suite de l'administration d'un lavement renfermant plusieurs grammes de cocaïne, et le chirurgien s'est suicidé de désespoir. Cependant, les phénomènes d'empoisonnement, qui se produisent de préférence chez certaines personnes, peuvent être alarmants. On s'est occupé de cette question à la *Société de thérapeutique* (23 mars 1887). Dujardin-Beaumetz a posé en principe la nécessité de placer dans le décubitus horizontal les individus auxquels on veut pratiquer une injection hypodermique de cocaïne, afin d'éviter le danger de syncope.

M. C. Paul a insisté également sur ce danger; si la syncope survient chez un individu dont le cœur ou le système artériel sont altérés, il est à craindre que la mort n'en soit la conséquence. M. Bardet a raconté avoir été pris lui-même d'une syncope prolongée à la suite d'une injection de deux centigrammes seulement.

C'est là sans doute un fait exceptionnel, car on peut presque toujours aller bien au delà, et la plupart des auteurs donnent comme dose moyenne la quantité de 4 à 8 centigrammes. Chez les individus atteints de maladies du cœur, chez les anémiques, ou chez les enfants, il y aura lieu d'être plus prudent.

On a d'ailleurs trouvé un antidote très efficace dans le cas où il survient des symptômes alarmants d'intoxication par la cocaïne; c'est le nitrite d'amyle dont on fait inhaler 5 à 6 gouttes. Le vin fort ou le cognac ont été administrés également avec avantage. L. D.

—

LA COMMOTION TRAUMATIQUE.

Qu'est-ce que c'est que la commotion des tissus — du tissu nerveux en particulier, — à la suite d'une contusion ou d'un traumatisme quelconque? Si nous savons que physiologiquement la commotion des tissus se caractérise par la suspension momentanée de tous les phénomènes vitaux appréciables de ces tissus, nous ignorons absolument en quoi consistent anatomiquement les lésions délicates dont ces tissus sont le siège. Une observation faite, à l'aide de l'ophtalmoscope, dans le fond de l'œil pourra peut-être soulever un coin du voile qui nous cache ces lésions.. Il s'agit de contusion du globe oculaire, suivie de commotion rétinienne : cette commotion de la rétine, tissu nerveux aussi délicat que la pulpe nerveuse de notre myélencéphale, se caractérise physiologiquement par l'abolition de la fonction visuelle dans la région de la rétine ayant subi le choc, causé par la commotion. Il y a donc *scotome* — ou cécité — dans la partie du champ visuel correspondant à la partie lésée de la rétine. La lésion rétinienne existe au niveau du coup, et aussi au pôle opposé du globe, à la région du contre-coup. Et comme la force contondante atteint ordinairement la partie périphérique de la rétine, comme étant la plus accessible au coup, le scotome se caractérise généralement par un rétrécisement périphérique du champ visuel. Contrairement à ce qui se passe dans l'intérieur de la boîte cranienne pour le cerveau, pour la rétine les lésions du contre-coup sont moins grandes, que celles du coup. C'est ce qui m'a frappé dans les huit cas de *commotion rétinienne* que signale le Dr Ostwalt, assistant à la clinique de M. le prof. Hirschberg, dans le *Centralblatt für Augenheilkunde* que publie ce dernier.

Quelles lésions anatomiques, visibles à l'ophtalmocope, accompagnent ces troubles fonctionnels ou physiologiques d'une partie bien déterminée de la rétine?

Ces lésions d'après Ostwald, ont leur siège principal dans le réseau

vasculaire sanguin, notamment dans les grandes artères de la rétine. Ainsi, un jeune docteur en médecine, excellent observateur, a constaté sur lui-même le scotome périphérique. Ayant reçu dans la soirée du 6 juillet 1882, un coup de parapluie sur l'œil, le jeune docteur remarqua le lendemain un voile dans la partie supérieure de son champ visuel. Il ne pouvait faire cette constatation, qu'avec des cônes et des bâtonnets rétiniens en bon état. Au devant de ces éléments percepteurs de la lumière, devait donc se trouver une lésion des couches plus internes de la rétine assez forte pour en altérer la transparence : soit, par exemple, dans la couche des fibres nerveuses où circulent les grandes branches terminales de l'artère centrale de la rétine.

Effectivement, c'est le long de ces artérioles que l'on trouve, immédiatement après l'accident, — ou plus tard encore, sur les limites de la région contuse, — une altération de transparence sous forme de stries ou de petites taches troubles, d'aspect grisâtre, sur le fond uniformément rouge que présente normalement le fond de l'œil.

Le Dr Ostwald emploie ici une excellente comparaison, qui rend parfaitement compte de l'image ophtalmoscopique que donne la rétine

Quand l'arroseur public, dit-il, emploie des tubes imparfaitement étanches au niveau des joints, l'eau, pendant l'arrosage, jaillit en mince filets et fait en maints endroits le long du tube de petites flaques qui finiraient par se confondre et s'étendre au loin, si le tube restait longtemps à la même place. Il en est de même pour la rétine. Les parois des vaisseaux ont été lésées par le choc et sont devenues moins étanches ou plus perméables. La sérosité sanguine les traverse sans peine aux endroits les plus endoloris et infiltre le tissu rétinien, comme d'un œdème, formant des stries et des plaques blanches, opaques sur le fond transparent de la rétine, laissant voir jusqu'au réseau capillaire de la choroïde.

J'ai cependant quelques observations à faire à cette interprétation d'Ostwald. L'œdème rétinien, résultat du traumatisme, montre effectivement par sa répartition inégale, au début, le long des grands vaisseaux artériels, que le choc a produit une altération spéciale des parois artérielles. Et les hémorrhagies artérielles microscopiques, ou même macroscopiques dans les contusions plus violentes, ne laissent aucun doute là-dessus. Mais les altérations des parois vasculaires, composées de cellules présentant une certaine résistance, n'excluent nullement une altération des cellules plus délicates du système nerveux rétinien. Et, dans le cas du jeune docteur, une altération légère de la structure protoplasmatique des cônes et des bâtonnets ou des cordons nerveux transmettant, aux centres encéphaliques, l'impression lumineuse recueillie par ces cônes ou bâtonnets, expliquerait tout aussi bien la

faculté de percevoir le trouble visuel périphérique signalé par ce jeune homme. Grâce à nos connaissances précises sur la structure intime du protoplasme cellulaire, nous concevons parfaitement une désorganisation mécanique du réseau cellulaire, désorganisation trop faible toutefois pour entraîner la mort de la cellule nerveuse. L'une lésion plus grossière, n'exclut donc pas l'autre, mille fois plus délicate. Les observations de commotion rétinienne elles-mêmes semblent le prouver. Ainsi, comme le constate aussi Ostwald, le trouble visuel persiste sous forme d'amblyopie (voile) ou d'amaurose (cécité), alors même que l'œdème rétinien a déjà disparu. Ainsi, dans le cas II d'Ostwald, le rétrécissement du champ visuel a persisté plusieurs jours après que l'ophtalmoscope eut cessé de montrer l'œdème rétinien dans la couche des fibres nerveuses.

Un fait demeure donc acquis par ces observations ophtalmologiques: la commotion nerveuse peut exister sans déchirure réelle des vaisseaux donnant lieu à des hémorrhagies sensibles, mais, ordinairement, il existe des altérations vasculaires qui permettent sous la tension normale du sang, une transsudation séreuse, à travers des parois vasculaires épaisses qui ne laissent pas habituellement transsuder le plasma sanguin. Ces altérations pourraient peut-être, si la pression sanguine s'élévait tant soit peu, donner lieu à de véritables hémorrhagies et le médecin doit en tenir compte dans le traitement de la commotion cérébrale.

Encore une question. Comment surviennent ces altérations vasculaires? Est-ce le choc même qui produit ces désordres? Je crois bien qu'oui. Hirschberg cependant pense devoir faire intervenir une contraction spasmodique des vaisseaux artériels, d'où anémie avec trouble de nutrition; puis, dislocation des tissus, sous l'impulsion du sang envahissant de nouveau, après relâchement des fibres musculaires, les territoires anémiés. Cette anémie, à la vérité, est constante au moment du choc, et la cécité totale, qui suit immédiatement l'accident, peut trouver son explication dans cette anémie par spasme vasculaire. Mais les lésions particulières de la commotion n'ont pas besoin de cette interprétation compliquée : la dislocation violente, immédiate, des tissus brutalisés suffit. E.V.

—

LE TRAITEMENT
DE LA CONSTIPATION DUE A L'ABUS DES PURGATIFS,

par le Dr GEHRMAN. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 6, 1887).

Le traitement comprend un régime spécial, une médication externe et une médication interne.

A. *Le régime.* Il est d'une importance capitale et a été dicté peu à peu dans sa forme suivante par l'expérience.

Parmi les aliments *solides* sont défendus : le pain, les légumes et les pommes de terre. Par pain, il faut entendre toute farine cuite, ainsi que les pâtisseries. Les fruits, soit en nature, soit sous forme de compote, sont permis. Sont également tolérés : les œufs, le poisson, les diverses espèces de fromage, et la viande, sauf la viande grasse et les saucissons. La viande peut être préparée avec du beurre ou de la graisse.

On assaisonnera abondamment avec du poivre et de la moutarde.

Parmi les aliments liquides sont défendus : le lait, le vin rouge, le cidre, les boissons alcooliques, etc.

Sont permis le café (même chez les personnes nerveuses), le thé, la bière, le cacao, le bouillon et le vin blanc.

Il arrive souvent que pendant la première semaine ce régime répugne aux malades, mais dès la deuxième, ils cessent leurs plaintes.

B. *Médication externe.* Dans les cas légers, on fait faire, 2 à 3 fois par jour, des frictions sur le ventre avec le Balsam. vit. Hoffmann.

Dans les cas graves, on recourt à un mélange à parties égales d'huile de jusquiame cuite et de chloroforme. On en fait 2 applications par jour; immédiatement après chacune d'elles, on enveloppe le ventre avec des feuilles de caoutchouc. Dans les cas les plus opiniâtres, on pose par dessus, 2 fois par jour, pendant 20 à 60 minutes, des sachets de sable chauffé à une température agréable.

Si le ventre présente des endroits douloureux, les applications se feront spécialement à leur niveau.

Dans le cas de catarrhe gastroduodénal, Gehrmann emploie une pommade au précipité blanc, fraichement préparée, dont il combine l'emploi avec la chaleur.

Pendant toute la durée du traitement le ventre reste enveloppé dans une couche de flanelle d'une main d'épaisseur.

C. *Médication interne.* On prescrit

soit : R. Tinct. chin. compot. 1 partie
Tinct. cort. aurant. 2 parties,

à prendre par dose de 30 à 40 gtt. dans un peu d'eau avant chaque repas,

soit : R. Pulv. rad. rhei. 1 gr.
Extr. Trifol. fibrin. qs. ut. f. pil. N° X.
1 pil. par jour avant le repas du midi.

Ces 2 préparations ne favorisent pas les selles, mais servent à relever les fonctions gastriques. Dans les cas de constipation opiniâtre, on ne supprime pas les purgatifs d'un coup, mais on en continue

l'usage à doses décroissantes, et en choisissant des purgatifs de plus en plus doux, bien entendu pendant qu'on fait observer strictement le régime décrit plus haut.

La durée de la cure varie de 1 à 4 semaines; dans les cas les plus rebelles, il faut 6 semaines. Au fur et à mesure que la constipation cède, on peut atténuer la sévérité du régime. Dès qu'il s'est produit deux évacuations spontanées, assez abondantes et assez rapprochées l'une de l'autre, on tolère le pain, et plus tard les légumes légers et le lait.

Voici encore quelques remarques à propos du traitement :

1° Immédiatement avant de commencer la cure, on provoque une selle.

2° On avertit le malade que la première garde-robe ne viendra que le 2e ou le 3e, voir même seulement le 4me jour. D'ici là, il ressentira tout au plus une légère tension dans le ventre, et exceptionnellement sa céphalalgie habituelle. Dans ce dernier cas, il combattra les maux de tête par des compresses d'eau blanche. S'il ne réussit pas, il recourra à un purgatif, mais moins violent que celui dont il usait habituellement.

3° On tiendra compte, dans l'évaluation de la masse des matières évacuées, du régime, qui ne fournit relativement que peu de déchet.

Cette méthode ne donne pas de résultats dans la constipation consécutive à la dysenterie; et elle est peu efficace dans celles accompagnées d'asthme. Par contre, elle a donné de bons résultats dans les affections légères du foie, et dans les constipations compliquées chez les femmes de troubles du côté de la vessie ou des organes génitaux. Ces derniers disparaissaient ensuite spontanément, ou étaient influencés heureusement par un traitement convenable. Gehrmann a vu plusieurs fois, chez des femmes mariées depuis longtemps et stériles, la guérison de la constipation être suivie de conception. Il n'a pas eu l'occasion d'étudier suffisamment l'influence du traitement sur les règles.

Gehrmann n'a pas étudié sa méthode sur les personnes obligées de garder le lit longtemps. Par contre, il l'a appliquée avec succès à celles qui, par suite de faiblesse des jambes, sont condamnées à passer une partie plus ou moins considérable de la journée dans la position assise. J. D.

LE TRAITEMENT DU RACHITISME PAR LE PHOSPHORE

[par le Dr TŒPLITZ. *(Bresl. ärztl. Wochenber.*, 1886, N° 23.)

L'auteur rend compte de 518 cas traités tous au moins pendant quatre semaines. Les résultats qu'il a obtenus confirment pleinement

les succès signalés dans le temps par Kassowitz (Voir la *Revue*, sept. 1884).

Le phosphore est administré dissous dans l'huile de foie de morue, à raison de 0,01 centigr. pour 100 gr. d'huile; on donne une cuillerée à café le matin et une le soir; la dose journalière est par conséquent d'environ 2/3 de milligramme.

Tœplitz n'a jamais constaté des phénomènes d'intoxication ; quant aux affections gastro-intestinales, elles ne sont pas plus fréquentes chez les enfants soumis à ce traitement. La saison chaude ne constitue pas une contre-indication.

Les symptômes nerveux, tels que le spasme de la glotte, les convulsions et les crampes, sont ceux qui s'amendent le plus rapidement. Quelquefois après quelques jours de traitemeni. L'occiput est généralement consolidé après huit semaines. L'apparition des dents tarde davantage, mais une fois que les premières se montrent, les autres succèdent rapidement et en grand nombre. Le poids du corps augmente lentement et d'une façon continue. Les déformations thoraciques s'effacent et la poitrine gagne rapidement en diamètre, de sorte que la disproportion entre le crâne et le thorax disparaît et que c'est ce dernier qui l'emporte en volume. La respiration devient libre et facile, et la tendance aux inflammations disparaît. La solidité des membres s'accroît surtout rapidementchez les enfants les plus âgés. Enfin, et ce n'est pas la moindre qualité de l'huile de foie de morue phosphorée, elle donne de bons résultats, même dans les conditions hygiéniques les plus misérables. J. D.

NOTICE SUR LE TRAITEMENT DU RACHITISME

par le Dr ESCHERICH (*Münch. med. Wochenschr.* 1887, N° 1.)

L'administration du phosphore en dissolution dans l'huile de foie de morue est assurément la meilleure préparation de cet agent thérapeutique. Cependant il répugne parfois tellement au malade qu'il est nécessaire de recourir à une autre forme médicamenteuse. De plus, pendant les grandes chaleurs de l'été, l'huile occasionne quelquefois des troubles digestifs. Enfin, il n'est pas sans utilité d'administrer le phosphore seul, afin d'arriver à connaître la part de succès qui lui revient exclusivement.

On prescrit alors :

R. Phosphori	1 centigr.
solve in	
Carbon. sulfurat.	25 centigr.
Aq. dist.	100 gr.

2 cuillerées à café par jour.

Le sulfure de carbone a pour but de faciliter la dissolution du phosphore. La bouteille doit être hermétiquement bouchée pour éviter l'évaporation du phosphore et du sulfure de carbone.

Cette préparation n'est certes pas agréable à prendre : cependant dans plus de 50 cas où elle fut prescrite, elle fut acceptée par les enfants sans trop de répugnance. Les troubles digestifs ne sont pas une contre-indication ; au contraire, ils sont plutôt influencés favorablement.

Quant aux résultats obtenus ainsi par le phosphore seul, Escherich est porté à croire que cet agent exerce une action favorable sur le rachitisme, mais ses expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour lui permettre de porter un jugement définitif.

Il déconseille l'administration par voie sous-cutanée. J. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 26 *mars* 1887.

RAPPORTS.

1. Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le D. Chandelon, de Liège, sur *la syntonipepsine au point de vue de la théorie chimique de la digestion.* — M. Heger, correspondant, rapporteur.

L'auteur se base sur ses recherches antérieures et sur de nouvelles expériences pour expliquer la constitution et le mode d'action du ferment peptique.

Les phénomènes de la digestion gastrique se décomposeraient comme suit :

1° Réaction de la pepsine sur la syntonine, d'où formation de *syntoni-pepsine* ;

2° Réaction de l'acide dilué sur la syntonipepsine, d'où formation de peptone et de zymogène ;

3° Fixation par le zymogène de l'oxygène dégagé dans la première phase de la réaction et, par suite, reconstitution de la pepsine.

La syntonipepsine isolée par M. Chandelon est complètement soluble dans l'acide chlorhydrique dilué avec production de peptone et régénération du ferment. Celui-ci est éliminé à l'état de zymogène et sa solution, agitée au contact de l'air, fixe de l'oxygène et acquiert un pouvoir digestif intense.

La théorie proposée par M. Chandelon s'appuie, dit M. le rapporteur, sur des expériences concluantes et s'adapte bien aux connaissances actuelles que nous possédons sur la digestion.

Les conclusions de la commission sont ainsi formulées : 1° adresser des remerciements à M. Chandelon ; 2° insérer son travail dans le Bulletin.

— Ces conclusions sont adoptées.

2. Rapport de la commission chargée de l'examen de la *communication de M. le Dr Chassagny, de Lyon, sur l'appareil élytro-ptérygoïde.*

M. Pigeolet, rapporteur, rappelle la lettre communiquée à l'Académie dans sa séance du 29 janvier dernier, par laquelle M. Chassagny annonçait l'envoi d'un nouvel appareil élytro-ptérygoïde, qui, disait-il, satisferait complètement tous les desiderata exprimés par M. le professeur Hyernaux, et aussi l'envoi d'un travail relatif à la discussion ouverte sur son mode opératoire.

M. Chassagny rend d'abord hommage au talent apporté par M. le professeur Hubert à faire valoir sa méthode. « Les incontestables défauts de l'appareil, dit-il, les difficultés que rencontre son application, avaient provoqué, chez le plus grand nombre de mes confrères, les mêmes répulsions que chez M. Hyernaux, et avaient créé un obstacle insurmontable à sa vulgarisation, à laquelle j'avais moi-même, depuis longtemps, renoncé, me bornant à employer l'appareil pour mon usage personnel. Aussi, c'est une véritable épave qu'a recueillie le savant professeur de Louvain, épave avec laquelle il a reconstitué une méthode qu'il a véritablement faite sienne. »

Dans son travail, M. Chassagny passe en revue les observations critiques qui ont été présentées à propos des faits produits, du mode d'action et de l'efficacité de son appareil. Il demande qu'il soit donné communication de ses observations en séance de l'Académie.

Nous pensons, dit la commission, qu'on pourrait en admettre l'impression pour servir de document pendant la discussion et nous en faisons la proposition. — Adopté.

— M. Hubert a reçu le nouvel instrument dont M. Chassagny a annoncé l'envoi ; c'est un appareil d'expérimentation qu'il montrera à l'Académie lorsqu'elle le désirera.

3. Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la note de M: le Dr Moreau, de Charleroi, intitulée . *Contribution à l'ostéotomie. = Cal vicieux de la malléole interne ; résection cunéiforme ; redressement; guérison.* — M. Deneffe, rapporteur.

M. Deneffe donne un résumé de l'observation. A le suite d'une fracture de la partie inférieure du tibia gauche, occasionnée par la chute d'un morceau de fer, fracture qui fut assez promptement guérie, la region malléolaire interne resta déformée et douloureuse, ce qui obligea l'ouvrier à interrompre le travail qu'il avait repris. Il existait à cet endroit une saillie résultant d'une incurvation du tibia en dedans

et d'un épaisissement notable de l'os, dû à l'exubérance du cal. Par suite de cette incurvation, le pied n'appuie plus que sur le bord interne; le bord externe est relevé. L'articulation tibio-tarsienne est saine. M. Moreau ne vit d'autre ressource à cette difformité qu'une ostéotomie cunéiforme; il opéra dans le tibia une perte de substance en coin, à sommet tourné vers le péroné, à base dirigée vers l'axe du corps.

Une incision fut pratiquée sur la ligne médiane de l'incurvation, les parties molles et le périoste; les tendons furent écartés, le périoste décollé. La partie osseuse étant bien dénudée, il en réséqua un coin au moyen de la gouge et du maillet. L'os, qui était friable, fut amputé sur une épaisseur d'un centimètre et demi à la base du coin. Une incision longitudinale mit le péroné à nu sur sa face externe et cet os fut coupé en un point correspondant au sommet de la courbure. Le pied fut alors facilement redressé. Quatre mois après l'opération, le patient reprenait son service à l'usine; la guérison était parfaite.

Cette opération ayant le mérite de vulgariser l'ostéotomie, la commission propose d'insérer la note de M. Moreau dans le Bulletin; de lui adresser des remerciements et de l'engager à continuer ses relations avec l'Académie. — Ces conclusions sont adoptées.

4. Rapport de la sixième section chargée d'apprécier le mémoire de M. le Dr Dupuis, à Cureghem, intitulé : *Recherches expérimentales sur la vaccine et la maladie du jeune âge chez le chien.* — M. Hugues, rapporteur.

M. Dupuis a cherché à résoudre, par l'expérimentation, la question suivante :

La vaccine est-elle inoculable au chien; dans l'affirmative, cette inoculation préserve-t-elle le sujet de l'affection connue sous la dénomination de : *Maladie du jeune chien?*

Chez tous les chiens inoculés à la peau, la pustulation était bien caractérisée le huitième ou le neuvième jour et la dessiccation commençait vers le dixième ou le onzième. La réinoculation est restée négative.

Le fait de la transplantation fertile du vaccin à l'espèce canine étant constaté, il restait un second point à élucider, savoir : le chien vacciné sera-t-il désormais à l'abri de la maladie?

Les expériences de M. Dupuis résolvent cette question par la négative.

Les conclusions qui découlent des recherches de l'auteur se résument comme suit :

1° La vaccine est transmissible au chien;

2° Une première inoculation préserve généralement des effets d'une seconde;

3° L'injection intra-veineuse, sous-cutanée ou péritonéale, donne l'immunité sans développement de manifestations extérieures;

4° La vaccine ne peut être considérée comme un moyen certain de préserver le chien de la maladie du jeune âge.

La 6e section trouve que les expériences de M. Dupuis sont très intéressantes; mais, certains résultats étant en contradiction formelle avec ceux obtenus par d'autres expérimentateurs dignes de confiance, la section croit aller au devant des désirs de l'Académie en engageant l'auteur à continuer ses recherches, à reprendre aussi la matière provenant des pustules développées sur le chien et à la reporter sur les autres espèces animales qui sont sensibles à l'influence vaccinale, notamment sur les bovidés.

Elle propose d'adresser des remerciements à M. Dupuis et d'imprimer son mémoire dans le Bulletin. — Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES.

1. *Etude phrsiologique et clinique du sulfate de spartéine*, par M. Masius, membre titulaire.

M. Masius expose d'abord les résultats, quelquefois contradictoires, quelquefois identiques, obtenus avec le sulfate de spartéine, médicament qui a été prescrit à des doses très différentes par les expérimentateurs. Il expose ensuite les expériences physiologiques et cliniques qu'il a faites avec cet agent dans le but de déterminer son action.

Les expériences physiologiques ont été faites sur des chiens, avec le concours de M. le professeur Léon Fredericq. Les effets produits sur la circulation et la respiration ont été inscrits sur le papier enfumé du grand appareil enregistreur de Hering.

Voici les conclusions que M. Masius a déduites de ses recherches et de ses observations :

1° La spartéine, à petites doses, ne modifie pas les pulsations carotidiennes chez le chien;

2° A doses relativement modérées, elle diminue l'excitabilité du nerf pneumogastrique, accélère les pulsations, qui deviennent moins amples, en même temps qu'elle supprime les variations respiratoires périodiques;

3° A doses toxiques,elle provoque la paralysie du pneumogastrique, l'asphyxie et, comme conséquence de celle-ci, un changement dans les pulsations, qui deviennent plus grandes, plus rares, puis rapidement de plus en plus petites, prenant la forme du pouls alterne, et disparaissent finalement;

4° La pression sanguine ne baisse que peu de temps avant la mort;

5° La spartéine n'exerce, à l'état physiologique, aucun effet sur la sécrétion urinaire;

6° A l'état pathologique. l'influence sur le cœur est aussi incertaine que l'influence sur la fonction urinaire et sur l'état subjectif du malade.

— Cette communication sera imprimée dans le bulletin.

2. *Considérations pratiques sur l'emploi des antiseptiques et des désinfectants comme moyens préventifs des épidémies*, par M. Bonnewyn, correspondant.

Après avoir donné une définition des antiseptiques et des désinfectants, M. Bonnewyn décrit les phénomènes qui se produisent lorsqu'une substance entre en putréfaction. Celle-ci, dit-il, donne lieu :

1. A des gaz composés binaires inorganiques, qui peuvent se combiner et donner naissance à des odeurs infectes;

2. A des êtres infiniment petits : protoorganismes, microphytes ou microzoaires.

Pour rendre incapables de nuire ces êtres aussi malfaisants qu'imperceptibles, il faut employer une substance non seulement qui anéantisse les gaz odorants, mais une matière qui détruise les organismes rudimentaires qui se sont formés.

Selon M. Bonnewyn, trois agents surtout remplissent ces conditions; ce sont : le chlore, le chlorure de chaux contenant 25 à 50 p. c. de chlore et la solution concentrée de chlorhydrate de chlorure ferrique. Pour lui,comme pour beaucoup de savants, du reste, ces agents sont des types de désinfectants chimiques.

Abordant la question de l'acide phénique, qui jouit aujourd'hui d'une si grande vogue, l'orateur se demande si cet agent parvient à masquer et à fixer les miasmes, comme on le prétend, et s'il n'emporte pas avec lui, avec les odeurs qu'il répand dans tout leur état normal, une plus ou moins grande partie de ces miasmes qu'il est incapable, dit-il, d'anéantir? Pour lui, l'acide phénique, ainsi que tous les produits plus ou moins dérivés du goudron ne sont que des palliatifs, des agents antiépidémiques illusoires. A l'appui de sa manière de voir, M. Bonnewyn invoque l'opinion de plusieurs savants.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Bonnewyn passe en revue les antiseptiques et les désinfectants qu'il regarde comme préférables à l'acide phénique. Il insiste surtout sur le perchlorure de fer, le deutochlorure de mercure, le chlorure d'étain, le chlorure d'aluminium, l'acide citrique, le sulfate de cuivre, l'hyposulfite de soude; l'oxygène; il fait ressortir les propriétés de ces agents au point de vue où il s'est placé.

Dans la troisième partie de son travail, M. Bonnewyn continue l'étude des désinfectants et s'appuie surtout sur les témoignages d'hommes compétents dont les opinions, basées sur l'expérience, viennent à l'appui des considérations qu'il a émises.

Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1. Il importe de proscrire dans toutes les épidémies, comme illusoires pour la santé publique, les antiseptiques ou antiferments *odorants* et, par conséquent, *volatils;*

2. Dans les cas où il s'agit de fixer et de masquer momentanément des matières putrides ou putrescibles, il ne faut employer isolément que des antiseptiques *fixes* et par suite *inodores*, tels que le perchlorure de fer, les chlorures de manganèse, le chlorure de calcium, le chlorure d'aluminium, le deutochlorure de mercure, le chlorure d'étain, les sulfates de cuivre, de fer, etc.;

3. Partout où l'assainissement est nécessaire, partout où il faut anéantir complètement les miasmes, il faut recourir aux types des désinfectants chimiques: au chlore naissant, au chlorure de chaux contenant 25 à 50 p. c. de chlore, au perchlorure de fer, à l'oxygène, etc.

DISCUSSION.

Hygiène sociale; prostitution.

M. *Crocq* s'attache surtout à démontrer que les statistiques, qui ont surtout été invoquées dans la discussion, sont un point de départ d'argumentation peu solide, parce qu'il y a à tenir compte de tant de circonstances variables, qu'il est impossible de les trouver réunies dans l'espèce; ce qui pourtant serait nécessaire pour que les raisonnemets basés sur des chiffres puissent entraîner la conviction.

Il passe en revue les statistiques des armées belges et anglaises produites par M. Mœller et montre que les principes rappelés par son honorable collègue n'ont pu être strictement appliqués dans les données qu'il a fournies à l'appui de la thèse qu'il a soutenue.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

PRIX QUINQUENNAL DES SCIENCES MÉDICALES.

PÉRIODE DE 1881-1885.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs quelques passages du rapport de M. De Give récemment publié dans le *Bulletin de l'Académie* (1887, n° 2, p. 92). Voici d'abord les passages relatifs aux publications des professeurs de l'Université de Louvain.

« Nous arrivons à une série de publications du plus haut intérêt, ayant pour objet les différentes branches de la chirurgie.

A la tête de ces travaux, nous plaçons le *Cours de médecine opératoire* fait à l'Université de Louvain par MM. F. Lefebvre et T. Debaisieux (1).

(1) *Cours de médecine opératoire fait à l'Université de Louvain.* Louvain, Peeters. 1883, 2 vol. gr. in-8° de 508 et 899, avec nombreuses figures.

Cet ouvrage, dont nous ne possédons encore que les deux premiers volumes, a paru d'abord sous une forme plus simple.

M. Lefebvre, chargé de donner le cours de médecine opératoire, avait fait autographier, pour la facilité des élèves, les savantes leçons qu'il a données pendant quinze ans.

M. Debaisieux, qui a succédé à M. Lefebvre dans sa chaire de médecine opératoire, a remanié le travail du maître pour donner place aux progrès considérables réalisés dans cette branche de la médecine depuis vingt ans.

Tout est à louer dans cette œuvre magistrale, où chaque opération est décrite de la manière la plus méthodique, la plus claire, la plus précise et la plus complète, et suivie d'une appréciation à laquelle l'expérience et la haute compétence des auteurs donnent l'autorité d'un jugement sûr.

Formés tous deux à l'école d'un maître illustre, le baron Michaux, leur érudition est avant tout basée sur la pratique et éclairée par l'enseignement si judicieux de ce grand chirurgien. »

« Le *Cours d'accouchements*, professé à l'Université de Louvain par M. Eug. Hubert (1), est une nouvelle édition du livre qui lui a déjà valu le prix quinquennal décerné en 1871. Cette œuvre remarquable est devenue classique en Belgique, en France et en Italie. La dernière édition, outre des remaniements considérables et des développements importants, présente bien des points dignes d'attirer l'attention des savants et qui en font presque un livre nouveau. »

« Pénétré de l'importance de l'action exercée par les microbes sur l'économie, M. le Dr Dandois s'est appliqué à établir le *rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies* (2).

Après avoir présenté des considérations générales sur les microgermes et sur le rôle qu'ils remplissent dans la pathologie humaine, l'auteur étudie successivement la fièvre traumatique, la septicémie, la pyohémie, la septico-pyohémie, l'érysipèle, la diphthérie des plaies et le tétanos traumatique dont il recherche avec soin la nature et la pathogénie.

Le travail de M. Dandois est un des mémoires les plus sérieux qui aient été faits sur la question si actuelle de l'action pathogénique des microbes, et l'on ne peut qu'applaudir à la décision du concours universitaire qui lui a décerné le prix à l'unanimité. Certes, depuis l'époque où il a été composé, on a marché, et bien des faits ont été

(1) *Cours d'accouchements*, 3e éd. Louvain, E. Fonteyn, 1882.

(2) *Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies*. Bruxelles, Manceaux, 1882, br. in-8o de 332 pages.

découverts et démontrés qui étaient alors ignorés. Une remarque cependant doit être faite; ce travail n'était pas seulement un résumé des connaissances acquises, comme le dit trop modestement l'auteur, il a quelque chose de très original, et sur bien des questions les solutions acquises aujourd'hui étaient pressenties et presque prédites par lui. »

Nous ferons encore au rapport de M. De Give, trop volumineux pour que nous puissions reproduire ici en entier, deux emprunts : l'appréciation du travail de M. Van Ermengen et celle du travail couronné.

« On sait combien est large la place occupée par la *microbiologie* dans le mouvement scientifique médical de l'époque actuelle; on sait à quelles découvertes remarquables a conduit la *théorie des germes*, posée par l'illustre Pasteur, sur la genèse d'un grand nombre d'affections et particulièrement des maladies contagieuses; on sait aussi combien la clinique, et plus spécialement la pratique chirurgicale, a bénéficié de ces découvertes. En faisant le compte des exagérations commises par certains esprits trop exclusifs, qui ne tiennent pas assez compte de la part qui revient aux éléments propres de l'économie, à l'organisme lui-même, dans le développement et la guérison des affections microbiennes, parasitaires, en faisant la part de ces exagérations, disons-nous, on doit reconnaître que les résultats expérimentaux acquis en ces derniers temps dans le domaine de la bactériologie ont fait faire un pas immense à la thérapeutique, à la médecine rationnelle.

Au nombre des travaux publiés sur cet ordre de matières, se présente en première ligne le mémoire remarquable de M. le Dr Van Ermengen sur le *microbe du choléra asiatique* (1).

Lorsque M. Van Ermengen entreprit ses recherches, le 5 août 1884, l'étude du microbe cholérique était à peine ébauchée; le Dr Koch avait annoncé quelques semaines auparavant sa découverte du microorganisme de forme spéciale qui existait constamment chez les cholériques aux Indes et en Égypte. L'étude morphologique et biologique de ce microbe restait encore à faire; ses propriétés pathogènes n'avaient pas encore reçu de démonstration expérimentale, et les applications si importantes que l'existence de cet organisme spécifique entraîne pour la prophylaxie du fléau étaient à peine indiquées.

Préparé par des travaux antérieurs, le Dr Van Ermengen a consacré huit mois de longues et patientes recherches à l'étude de ces

(1) *Recherches sur le microbe du choléra asiatique*. Bruxelles, Manceaux, 1884, br. gr. in-8° de 374 pages et 12 planches phototypiques.

questions d'étiologie et d'hygiène publique. Après avoir séjourné à Marseille pendant quatre semaines, après avoir fait plusieurs autopsies de cholériques et de nombreux examens de déjections, l'existence d'un microbe bien caractérisé chez les cholériques lui parut mise hors de doute. La découverte de Koch reçut ainsi une première confirmation. Des examens ultérieurs de selles diarrhéiques provenant de malades atteints de *choléra nostras* ou d'autres affections prouvèrent, en outre, que ce microbe est propre au mal indien : conclusion amplement justifiée dans la suite par les observations extrêmement nombreuses faites par d'autres expérimentateurs sur ce point. Revenu en Belgique muni de cultures de microbes recueillis à Marseille, l'auteur s'occupa ensuite de l'étude microscopique et biologique de cette espèce bactérienne.

Il arriva ainsi à déterminer avec précision : 1° le cycle du développement, le mode de reproduction, de fructification et de dégénérescence du microbe cholérique; 2° les mouvements propres de ses spirilles complètement développés ; 3° la place véritable qu'il doit occuper parmi les *bactéries spiralées* dans le groupe du *spirillum*.

M. Van Ermengem signale les modifications typiques que les végétations des spirilles cholériques déterminent dans les milieux solides de culture et fournit ainsi un élément important pour le diagnostic du choléra.

Avec une complaisance particulière, l'auteur s'est attaché à résoudre le problème capital du pouvoir cholérique du microbe extrait des liquides cholériques et reproduit par la culture. A part l'absence de leur selles riziformes, les animaux inoculés par lui, au nombre de trente, ont présenté un ensemble de symptômes et de lésions constituant un tableau fidèle du choléra chez l'homme. A propos de ces inoculations, l'auteur fait remarquer que les cultures perdent graduellement de virulence, lorsqu'on les perpétue par des séries nombreuses. M. Van Ermengen a établi que le microbe de Koch se distingue nettement du microbe incurvé de la salive et des microbes renfermés dans les selles des malades atteints du choléra sporadique.

Comme conséquence pratique de ses investigations l'auteur signale l'utilité incontestable de rechercher le microbe dans les cas douteux qui se produisent au début de toutes les épidémies et dont il est si important, au point de vue de la prophylaxie, de reconnaître immédiatement la nature. Il est certain que l'adoption des mesures d'isolement et de désinfection rigoureuse dépendent souvent de ce diagnostic fait en temps opportun.

La question si importante et si discutée du choix des meilleurs moyens de désinfection des produits cholériques a fourni à M. Van Ermengen l'occasion d'expériences très nombreuses sur un sujet qui

n'avait pas encore été abordé par les méthodes bactériologiques. Ces expériences ont donné des résultats immédiatement applicables à la pratique et nettement formulés par l'auteur qui les met en parallèle avec les instructions du comité d'hygiène. »

« Il nous reste à signaler plusieurs publications, de mérite inégal, dues à M. Rommelaere, l'auteur du travail qui nous a paru le plus digne d'être récompensé.

Nous ferons une simple mention de son *Programme du cours d'histologie* constituant une sorte de résumé très complet des savantes leçons qu'il donne à l'Université de Bruxelles (1). Ce programme, très utile pour les élèves, sera également consulté avec fruit par ceux qui s'occupent d'histologie.

Nous signalerons avec un peu plus de détails le mémoire où M. Rommelare étudie une affection méconnue jusqu'ici, l'*Actélectasie pulmonaire* (2). Cette affection consiste dans l'affaissement brusque des alvéoles pulmonaires. L'impuissance fonctionnelle de ces dernières rend la respiration impossible dans un champ plus ou moins vaste.

L'actélectasie pulmonaire se produit soit à l'état de santé, soit dans le cours d'une maladie.

Quand elle se produit isolément, elle est caractérisée par une oppression extrême se produisant brusquement dans l'état de santé le plus satisfaisant jusque-là. Matité à la percussion; absence de vibrations vocales, bruit de souffle tubaire ou absence respiratoire complète; toux modérée; expectoration caractéristique : liquide assez filant, incolore, semblable à une solution de gomme; fièvre modérée.

La maladie se termine le plus souvent par la mort, au bout de trente-six à quarante-huit heures, parfois après cinq jours. La guérison est rare.

M. Rommelaere attribue l'actélectasie à l'oblitération de l'artère pulmonaire Les autopsies qu'il a pratiquées et les résultats des expériences qu'il a instituées en vue d'élucider la question semblent lever toute espèce de doute à ce sujet.

Une étude d'une bien autre portée comprend les diverses publications où M. Rommelaere rend compte de ses nombreuses recherches sur la *Mensuration de la nutrition organique* qui lui ont permis d'établir des déductions cliniques du plus haut intérêt (3). Dans ces

(1) *Programme du cours d'histologie*, 2e éd. Bruxelles, Lamertin, 1885, vol. in-12 de 482 pages.

(2) *De l'actelectasie pulmonaire*. Bruxelles, Manceaux, 1881, br. in-8° de 92 pages.

(3) *Mensuration de la nutrition organique. — Diagnostic du cancer. — Azoturie et chlorurie. — Phosphaturie*. Bruxelles, Manceaux, 1882 à 1884, 4 br. in-8° de 37, 93, 37 et 84 pages.

recherches, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a pour le médecin de connaître la composition des produits excrétés par l'organisme. Ceux-ci traduisent, en effet, les modifications que subit la nutrition générale sous l'influence des maladies. Parmi ces produits d'excrétion, il range en première ligne celui qui est fourni par la sécrétion des reins et qui sert à l'élimination de nombreux produits inutiles à son entretien : l'eau, les produits azotés constitués en majeure partie par l'urée, le chlorure et les phosphates.

L'élimination de ces produits subit, dans le cours des maladies, des altérations variables.

L'étude de ces variations met à notre portée un procédé précis de mensuration de l'état de la nutrition organique, en nous renseignant sur le processus d'assimilation et de désassimilation, c'est-à-dire sur l'énergie vitale de l'économie.

Tel est le plan d'idées suivi par l'auteur dans les recherches qu'il a faites en vue d'élucider de nombreux faits relatifs à la marche, au diagnostic et au traitement des maladies.

Ces recherches ont particulièremenr porté sur les variations quantitatives de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la sécrétion urinaire des malades.

Il nous paraît utile de rappeler ici, d'une manière succincte, les principaux résultats obtenus par M. Rommelaere.

1. *Azoturie.* M. Rommelaere établit d'abord l'importance de la détermination de l'urée dans certaines formes d'albuminurie et l'utilité du dosage de ce produit dans la phtisie, le cancer et les affections du foie. Il résulte de ses nombreuses observations que l'*hypo-azoturie* se présente dans deux cas principaux : 1° lors des altérations de l'épithélium enchymatique rénal ; 2° dans les troubles de la nutrition générale, notamment dans les diathèses cancéreuse et tuberculeuse. La malignité d'un produit morbide, suivant l'auteur, dépend de la déviation nutritive de l'ensemble de l'organisme ; l'un des signes de cette déviation se traduit par l'hypo-azoturie.

D'après cela, l'azoturie constituerait un signe d'une grande importance pour établir le diagnostic différentiel entre l'ulcère cancéreux et l'ulcère simple de l'estomac. L'hypo-azoturie est généralement très prononcée dans le premier cas ; le degré d'azoturie se rapproche de la normale et la dépasse quelquefois dans le second.

2. *Chlorurie.* Il était établi que, dans les maladies aiguës, l'élimination des chlorures descend rapidement jusqu'à la disparition complète ; que le début de l'amélioration se caractérise par une augmentation, qui s'élève parfois au-dessus de la proportion physiologique dans la convalescence.

M. Rommelaere fait observer que le régime du malade exerce une

certaine influence sur la *quantité* des chlorures rendus par les urines. Il établit la signification clinique des chlorures dans les inflammations. Sous ce rapport, il distingue l'inflammation réparatrice et l'inflammation destructive. Dans la première, la chlorurie est à peine modifiée; dans la seconde, il y a une diminution considérable. On comprend l'importance de cette donnée qui permet au médecin et au chirurgien de prévoir l'imminence suppurative, la menace de septicémie ou la tendance phagédénique d'un ulcère caché, et cela avant qu'aucun autre symptôme puisse les faire prévoir.

Dans le cas d'ulcère de l'estomac, la chlorurie serait en défaut aussi longtemps que le travail est phagédénique et se relèverait lorsque la lésion tend à la cicatrisation.

La détermination de la chlorurie quotidienne permettrait de suivre exactement la marche de l'ulcère gastrique avec autant de sûreté que si l'ulcère était appréciable à la vue.

3. *Phosphaturie.* L'hyperphosphaturie a été observée : 1° dans le cas de viciation de la nutrition cellulaire déterminée par des troubles d'innervation : ainsi se développeraient les altérations osseuses dans le cours des lésions de la moelle épinière; 2° lorsqu'il y a préparation incomplète des aliments, par suite de certains désordres des voies digestives, comme cela existe dans divers cas de dyspepsie, d'affections pulmonaires et hépatiques.

L'ulcère stomacal phagédénique serait toujours précédé ou accompagné d'hyperphosphaturie. L'ulcère en voie de réparation est accompagné d'hypophosphaturie. Cette dernière aurait la même signification diagnostique et pathogénique que l'hypoazoturie, dans les cas de cancer, de tuberculose, etc.

A propos de l'azoturie, de la chlorurie et de la phosphaturie, M. Rommelaere expose avec détails les procédés opératoires qu'il emploie et fixe l'attention sur les précautions à prendre pour obtenir des résultats ayant une signification nette et précise.

D'après l'analyse qui précède, on peut juger de la grande importance des résultats obtenus par M. Rommelaere.

A en juger par certains faits qui leur ont été opposés, il y a peut-être lieu de ne pas leur accorder la signification absolue qu'il croit devoir être autorisé à leur attribuer. Néanmoins, le très grand nombre d'observations sur lesquelles reposent ces résultats leur donnent une valeur des plus sérieuses et montrent au clinicien dans quelle large mesure il peut en faire profit pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies. »

DE LA COMPENSATION DANS LES MALADIES DU CŒUR.

—

Leçon de clinique interne.

Vous venez de voir deux malades atteints de lésions valvulaires du cœur. Chez le premier ce sont les valvules mitrales, chez le second les valvules aortiques qui sont atteintes. L'un et l'autre malades trahissent à peine, dans leurs apparences extérieures, les troubles de la circulation qui doivent nécessairement résulter de ces lésions, et que révèle d'une manière évidente l'examen physique du cœur. Par contre voici un troisième malade; tous les foyers d'ausculation du cœur présentent des tons nettement frappés et l'examen objectif le plus précis ne révèle aucune modification anatomique de cet organe, et cependant, la circulation est troublée au plus haut point, le pouls est doublé de fréquence, petit et dépressible, la face est pâle, cyanosée, et le moindre mouvement amène de la dyspnée et aggrave l'état de dépression générale.

D'où peuvent provenir ces différences profondes qui semblent en contradiction flagrante avec la loi de solidarité qui relie les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels des organes?

Avant de nous étendre sur l'examen clinique de nos malades, il est indispensable que vous vous représentiez avec une entière clarté et, pour ainsi dire, tout d'une pièce le jeu de la circulation.

Le cœur est le premier — non le seul — moteur de la circulation. Le ventricule gauche lance sans cesse, avec une grande énergie, dans l'aorte le sang qui, l'oreillette aidant, vient remplir sa cavité. L'aorte et tout l'arbre artériel, munis de parois éminemment élastiques, distendues et violentées, pressent en retour sur le sang. Celui-ci cherche à fuir. Le rabattement des valvules aortiques lui barre la route en arrière; il s'échappe par les mille ramifications terminales qui le conduisent dans les capillaires et les veines.

Mais ces ramifications ne se laissent nullement distendre comme des tubes inertes; un nouvel obstacle se dresse ici pour modérer et régler l'écoulement : chacune de ces artérioles est entourée d'un vrai man-

chon de fibres musculaires qui jouent le rôle de sphincters et obéissent à une innervation subtile pour se contracter tantôt jusqu'à effacer la lumière du canal et tantôt se relâcher en laissant la voie largement ouverte. Lorsque ces petites artères se contractent énergiquement, leur tunique interne ne peut suivre le mouvement de retrait, elle se plisse en collerette très fine. Ces plis se projettent dans l'intérieur de la petite lumière vasculaire et l'oblitèrent presque complètement.

Un second obstacle à la fuite du sang provient de la viscosité du sérum sanguin, solution d'albumine et de sel qui adhère fortement aux parois vasculaires. Cette adhésivité a peu d'importance dans les artères de grand et de moyen calibres, car la couche de sang la plus externe, immédiatement en contact avec l'endothéléon, en subit seule l'effet, tandis que toute la masse centrale du sang se meut en liberté, comme le démontre l'examen direct de la circulation sous le microscope. Mais il n'en est pas de même dans les dernières ramifications artérielles; ici, la couche soumise à l'influence de l'adhésivité occupe quasi toute la lumière du vaisseau, et dans les cas de contraction extrême, les replis augmentent encore la surface d'adhésion.

Il est clair que ce second obstacle croît en raison directe du premier. Lorsqu'une artériole se contracte de manière à réduire sa section de moitié, non seulement l'écoulement du sang est diminué proportionnellement à cette réduction, mais l'effet de l'adhésivité augmente dans une progression beaucoup plus rapide et, ces deux facteurs marchant de pair, les variations des résistances périphériques se meuvent sur l'échelle la plus large.

Il faut donc considérer le système artériel comme un vaste réservoir tubulaire à parois élastiques dans lequel règne constamment une haute pression. A l'une extrémité, le cœur, organe musculaire puissant, projette sans répit le liquide sanguin dans le réservoir et, à l'autre extrémité, un second système musculaire réparti sur mille et mille artérioles, mais représentant dans son ensemble une puissance plus grande encore que celle du cœur, joue l'office de portier et règle l'écoulement du sang, de façon à ramener sans cesse la tension centrale à une constante pour ainsi dire invariable.

Cette tension à l'état de santé et de repos est équivalente à une pression de 160 à 180 millimètres de mercure; son maintien est

d'une importance tout à fait capitale. En effet le but et la fin, la seule raison d'être de l'appareil circulatoire tout entier, c'est l'irrigation régulière de tous les organes; or, sans réservoir central à haute pression, cette irrigation générale et sa bonne distribution ne sont pas possibles.

Aussi lorsque d'une manière quelconque cette tension est menacée, dans les maladies du cœur par exemple, toutes les régulations et institutions réflexes de la circulation entrent aussitôt en jeu pour la maintenir à sa hauteur. Les ressources dont l'économie dispose à cet effet sont multiples et les lésions doivent être bien graves pour qu'elle ne parvienne pas à les *compenser*. Lorsqu'enfin cependant les moyens ne suffisent plus et que la tension tombe, l'irrigation sanguine se trouble de toutes parts, devient irrégulière, les malaises, l'anxiété, la dépression nerveuse, les tendances syncopales et les troubles les plus divers se font jour, tout l'organisme est en souffrance et l'on entre en plein dans le syndrome morbide connu sous le nom de *stade de non compensation*.

Dans cette lutte de l'organisme c'est le cœur qui est trop exclusivement pris en considération. C'est lui seul que le médecin observe; c'est à lui qu'il adresse sa médication et c'est lui qui, lorsque la défaite arrive, en est trop exclusivement accusé.

Le cœur, en effet, est loin d'être seul responsable du maintien de la tension centrale. Ce maintien n'est possible que par une concordance parfaitement réglée entre le jeu du muscle cardiaque et celui des sphincters périphériques. Le travail le plus énergique du cœur est incapable d'élever la tension aortique, si le sang s'écoule librement de toutes parts. Il ne peut avoir d'autre effet que d'accélérer le débit des artères et de précipiter le cours de la circulation. Il faut avant tout que le sang demeure prisonnier dans le réseau artériel et qu'il ne lui soit livré issue que dans l'exacte mesure dans laquelle le cœur projette dans l'aorte du sang nouveau.

Si donc le cœur bat à raison de 60 pulsations par minute et que chacune de ses ondées est, par exemple, de 200 grammes, l'écoulement périphérique doit être exactement réglé à raison de 200 grammes par seconde.

Mais rien de plus mobile que le jeu de ces artères terminales; à tout

instant, l'irrigation des divers organes varie dans les plus extrêmes limites. Ainsi notre tégument cutané est tantôt congestionné, tantôt anémié; à chaque mouvement le sang se précipite en flots dans les muscles mis en activité. Les organes internes présentent des oscillations vasomotrices plus étendues encore. Comment, dans ces conditions, l'organisme peut-il maintenir la constance du débit sanguin dont nous venons de signaler la rigoureuse nécessité?

Cette constance s'obtient par le jeu des vasomoteurs.

Représentons-nous par un exemple le mécanisme de cette régulation. Voici un organisme au repos; le cœur lance le sang dans l'aorte avec un rythme parfait. Les mille et mille sphincters des vaisseaux périphériques se trouvent dans le tonus physiologique grâce auquel la haute tension normale règne dans le système artériel; le sang s'écoule de toutes parts et va irriguer les tissus de l'économie entière. Mais voici que des aliments pénètrent dans le tube digestif. Aussitôt, par suite d'un jeu d'innervation réflexe, les artères gastriques se dilatent et le sang se précipite avec une abondance croissante dans le riche réseau capillaire des glandes gastriques; la muqueuse s'injecte sur toute son étendue; bientôt la musculature se met en mouvement et appelle le sang à son tour. Celui-ci trouve ainsi des voies d'échappement plus larges, le grand réservoir artériel se vide plus vite et la tension centrale tend à baisser. Mais l'organisme prévient à ce danger, car en même temps qu'une section de la circulation périphérique s'ouvre, un autre district se contracte et restreint son débit; la compensation s'établit dans le moment même et la somme totale des résistances périphériques et des pertes n'a pas changé.

Ainsi lors d'une digestion normale, le vaste réseau vasculaire qui s'étend dans la peau se resserre, la nappe sanguine cutanée s'anémie et une sensation de froid parcourt le tronc et les membres.

Lorsque ce jeu demeure impuissant à rétablir l'équilibre des résistances, le cœur s'en ressent aussitôt et répond à l'abaissement de la tension dans l'aorte en précipitant ses mouvements. Selon le désordre vasomoteur, cette accélération des pulsations peut être tantôt quasi imperceptible et tantôt extrêmement vive. Ainsi, pour rester dans l'exemple choisi, les troubles cardiaques qui accompagnent la digestion chez les personnes où une congestion trop intense et trop étendue suit

l'excitation de la muqueuse stomacale, sont un phénomène des plus communs en pathologie et tous nous connaissons des malades chez lesquels, après chaque ingestion de nourriture, même en quantité minime, un sentiment de chaleur et de plénitude se fait sentir à la région épigastrique, le visage s'injecte, les yeux deviennent brillants, la tête bat toute entière et le cœur s'agite dans des mouvements violents et désordonnés.

Si, inversement, un district vasculaire se rétrécit et diminue ainsi le débit du sang, au moment même une section voisine ou un district éloigné, présentant avec le premier des rapports nerveux intimes, s'ouvre plus largement et l'augmentation des résistances périphériques et de la tension centrale se trouve prévenue. — Couchez un homme, prenez lui le pouls et observez-le avec attention, puis faites comprimer et relâcher alternativement une artère crurale ou les deux artères à la fois, ou même l'aorte abdominale : le caractère des battements de la radiale ne se modifiera pas un instant. Chez un chien dans la carotide duquel on a introduit un manomètre, le niveau du mercure ne monte pas d'un millimètre, lorsqu'on comprime les artères sous clavières ou crurales.

Ces effets ne sont possibles que par le jeu compensateur des vaso moteurs. Rien de pareil ne serait possible dans des tubes inertes; nous en trouvons un exemple bien simple dans la distribution de notre gaz d'éclairage : il suffit d'ouvrir un bec embranché sur celui qui brûle déjà, pour voir aussitôt baisser la flamme du premier.

Dans le cours normal de la vie, ces mécanismes entrent sans cesse en jeu et règlent avec une merveilleuse exactitude et une promptitude étonnante la balance de toutes les sections, grandes et petites, de la circulation périphérique.

Sous le coup de vaso contractions ou de vaso dilatations très étendues et très brusques, telles qu'elles résultent par exemple du spasme subit de tous les vaisseaux cutanés sous le coup d'une douche d'eau froide, ou de leur paralysie à la suite d'une immersion dans un bain trop chaud, la tension centrale peut s'élever ou s'abaisser un moment, mais, tant que les puissances de régulation vaso motrice ne sont pas dépassées, l'ordre se rétablit promptement. Il en est ici comme de la température du corps qui tend à revenir constamment et malgré tout à sa norme.

Ce pouvoir de régulation est extrêmement étendu dans l'enfance et et le jeune âge; il subit des restrictions au fur et à mesure que des altérations séniles ou pathologiques s'emparent de l'arbre vasculaire et du système nerveux. Certaines maladies lui portent tout particulièment atteinte. Nous insisterons tout à l'heure longuement sur ce fait, car nous nous trouvons devant la question si importante de l'individualisation dans le domaine de la thérapeutique et de l'hygiène.

Les jeux vasomoteurs ne s'exercent pas seulement pour établir une alternance entre les diverses divisions de l'arbre artériel, mais ils peuvent faire face à d'autres besoins.

Infusez dans un chien une quantité de sang équivalente à la moitié du sang qui circule déjà dans ses vaisseaux et vous verrez la tension artérielle se maintenir à son niveau premier : les artères périphériques s'ouvrent et livrent passage à l'excès de sang qui va se perdre dans les veines et dans certains réseaux plus particulièrement propres à servir de réservoirs pour le sang en disponibilité, tels que le réservoir du système porte.

Que par contre la quantité de sang subisse une diminution, par exemple à la suite d'une hémorrhagie, le vase artériel tout entier se contracte. De la sorte il diminue tout à la fois sa capacité et restreint jusqu'à la limite extrême l'écoulement périphérique. Les veines et les réseaux de réserve dont nous venons de parler subissent presque exclusivement les pertes, et ce n'est qu'à la dernière extrémité que la tension artérielle centrale entre en détresse.

Ici encore la faculté de neutraliser par une contraction énergique et prompte la réduction du liquide sanguin varie dans l'échelle la plus large selon l'organisation individuelle et l'état d'intégrité où les altérations de l'appareil vasculaire. Ces conditions doivent, avant toutes autres, servir de guide dans le jugement à porter sur les dangers de la saignée.

Dr G. VERRIEST.

La suite au prochain numéro.

DE L'UTILITÉ DES LAVEMENTS DE PEPTONE.

A la *Société médicale* de Berlin (23 février 1887) le professeur Ewald a fait une communication sur la valeur nutritive des lavements de peptone. Les anciens connaissaient déjà les lavements nutritifs, mais on n'a pu les étudier scientifiquement que depuis que les transformations des albumines au cours de la digestion sont connues. Des expériences ont été instituées sur les animaux et sur l'homme sain, mais Ewald estime qu'il est préférable d'expérimenter sur l'homme malade, car c'est à lui que le traitement s'adresse et il peut se comporter au point de vue de l'absorption tout autrement que l'homme sain.

Trois malades ont servi de sujets d'expérience, particulièrement une personne souffrant de névrose grave du tube digestif avec vomissements fréquents.

Les malades ont été surveillés avec soin : les urines et les selles recueillies et la quantité d'azote qu'elles renfermaient soigneusement dosée.

L'auteur a expérimenté comparativement la peptone de viande de Kemmerich, la peptone de caséine de Merck, les œufs crus émulsionnés et les œufs légèrement peptonisés par l'addition de pepsine (3 à 5 grammes) et d'acide chlorhydrique (0,15 p. c. d'acide pur) pour 4 à 6 œufs, le tout ayant digéré pendant 24 heures.

Il résulte d'abord des recherches du professeur Ewald que les peptones du commerce ci-dessus énumérées, de même que la peptone de Kochs, ne renferment qu'une quantité minime de véritable peptone, si bien que les œufs légèrement peptonisés, comme il a été dit, en renferment presqu'autant. Sur la nutrition, l'effet d'une seule administration des peptones du commerce est très variable : tantôt l'azote de l'urine est notablement augmenté, tantôt il reste stationnaire ou à peu près. En outre, les lavements amènent une augmentation notable de la diurèse qui n'est nullement en rapport avec la quantité d'eau employée ; elle résulterait du contenu des peptones en substances salines.

En répétant les lavements plusieurs jours de suite, on constate que la transformation des substances azotées est la plus marquée avec la peptone de caséine; elle est un peu moindre avec les œufs préparés et la peptone de Kemmerich.

Ainsi, en administrant par jour 10 gr. 52 d'azote, à la fois par la bouche et par un lavement de peptone de Merck, la quantité d'azote éliminée fut de 9 gr. 58; avec 11 gr. 38 d'azote introduit par la bouche et le lavement d'œufs, de 7 gr. 39; avec 10,63 d'azote introduit par la bouche et le lavement de peptone de viande, de 7 gr. 38.

Mais les résultats sont modifiés, si l'on examine non pas l'élimination de l'azote introduit, mais, ce qui est plus important, son assimilation dans l'organisme. Sous ce rapport la peptone de caséine est la préparation la moins avantageuse; les œufs peptonisés la plus avantageuse; les œufs non préparés et la peptone de viande ont une valeur intermédiaire.

Le professeur Ewald déduit de ces recherches les conclusions suivantes :

1° L'absorption par les lavements nutritifs est incontestable : mais elle varie notablement d'après des conditions individuelles qu'il est difficile de préciser.

2° L'activité de l'absorption n'est pas en rapport avec la proportion de peptone contenue dans les lavements introduits; en effet les œufs fournissent tout autant, sinon plus d'azote que des peptones du commerce beaucoup plus riches.

3° A l'aide des œufs simplement émulsionnés, mais mieux encore à l'aide des œufs traités par le pepsine et l'acide chlorhydrique, on obtient des résultats aussi avantageux qu'avec les peptones du commerce, beaucoup plus coûteuses.

Dans la discussion qui suivit la communication du professeur Ewald, le Dr Liebreich a recommandé les lavements à l'aide de la peptone de fibrine, très riche en peptone. Il a rappelé que, au seizième siècle déjà, une discussion s'était élevée sur le point de savoir si les lavements nutritifs pouvaient rompre le jeûne. Montanus pensa qu'on pouvait, sans contrevenir aux lois de l'Eglise, prendre autant de lavements qu'on voulait, et son avis prévalut.

Zuntz a exprimé l'avis qu'il conviendrait d'ajouter aux lavements des hydrates de carbone, afin de diminuer la destruction des albumines dans l'économie.

Landau a expérimenté aussi les lavements avec l'huile de foie de morue émulsionnée. Müller a observé à la clinique du professeur Gerhard les bons effets des lavements nutritifs composés de glucose.

Le professeur Ewald croit également qu'il est utile d'ajouter des hydrocarbures aux lavements alimentaires, particulièrement du glucose.

Quant à la manière de faire retenir les lavements alimentaires, il procède comme suit :

Après avoir administré un lavement simple, il attend quelque temps, afin que celui-ci ait produit tout son effet, puis il introduit aussi haut que possible dans le rectum une sonde molle, dite de Nélaton, et pousse lentement le lavement alimentaire par la sonde, à l'aide d'un irrigateur tenu à la hauteur d'un pied au-dessus de l'ouverture anale.

Du reste, le prof. Ewald a exposé plus longuement sa manière de procéder dans le *Thér. Monats.*, 1887, n. 4.

Pour les malades de l'hôpital, il fait mêler exactement 3 à 5 œufs avec 150 grammes environ d'une solution aqueuse de glucose (15 à 20 p. c. de glucose), et le mélange est introduit dans le rectum. Parfois il fait ajouter un peu d'empois d'amidon ou un peu de mucilage de gomme arabique, dans le but d'augmenter la consistance du mélange, ou bien quelques gouttes de teinture d'opium, afin de permettre au lavement d'être supporté plus facilement.

Avant l'administration du lavement nutritif, il fait donner un lavement de propreté, de 250 grammes d'eau tiède, simple ou salée, et il attend le plus souvent que plusieurs évacuations aient eu lieu, car sinon, il peut arriver que le lavement nutritif soit rejeté immédiatement.

Pour la clientèle privée, il conseille de procéder comme suit : 2 à 3 œufs sont battus avec une cuillerée à soupe d'eau froide. Une pincée de farine est bouillie dans une demi tasse d'une solution de 20 p. c. de glucose, qu'on s'est procurée chez le pharmacien. On ajoute ensuite un verre à vin de vin rouge et, si l'on a à sa disposition une peptone du commerce, rien n'empêche d'en ajouter une cuillerée à thé. Les œufs sont alors ajoutés lentement; seulement, on a soin d'éviter que le mélange ne soit assez chaud pour coaguler l'albumine.

Toute la masse, soigneusement mêlée, n'excédera pas 250 grammes, et il sera même préférable, si possible, de la répartir en deux ou trois lavements à administrer dans la journée.

L'injection se fait à l'aide d'une seringue munie d'un long embout flexible ou, comme il a été dit, au moyen d'un irrigateur.

Le lavement introduit, il convient que le patient reste quelques minutes dans la position horizontale, sur le dos ou sur le côté.

L. D.

—

DE L'ANTIPYRINE CONTRE LA DOULEUR.

Si dans les maladies fébriles l'utilité de l'antipyrine, comme des antipyrétiques en général, peut être discutée, son action dépressive sur la température est positivement établie; d'autre part, l'antipyrine peut soutenir la comparaison avec le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Enfin, l'antipyrine a d'autres propriétés qui la recommandent à l'attention des praticiens et sur lesquelles le professeur Germain Sée a insisté à la séance du 18 avril 1887 de l'Académie des Sciences; c'est son utilité dans une foule d'affections où la douleur constitue l'élément principal.

Dans quinze cas de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose qui avaient été traités inutilement par les pointes de feu ou par le salicylate de soude, dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, l'antipyrine à la dose de 4 à 6 grammes fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage.

Mais c'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit le maximum d'action. Relativement aux douleurs de tête, quatre cas de névralgies faciales dont une invétérée cédèrent rapidement; sur six migraines anciennes et répétées, cinq guérirent en deux heures de temps à l'aide de deux grammes d'antipyrine, le sixième résista au traitement qui ne fut même pas supporté. Quatre autres cas de céphalées se terminèrent heureusement.

Une deuxième série d'observations du professeur Sée comprend diverses névralgies ou névrites et des douleurs musculaires : à savoir : cinq cas de sciatique, une névrite grave des nerfs du bras; deux névrites chez des diabétiques, trois névrites dues au zona (un insuccès) des lumbagos, des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées, des fatigues musculaires douloureuses, comme on en observe chez les individus surmenés ou névropathiques.

Quatre cas de douleurs fulgurantes dans l'ataxie locomotrice furent rapidement amendés par l'antipyrine, que Sée considère sous ce rapport comme préférable à l'antifébrine. Un cinquième cas résista à l'un et à l'autre remède.

Un dernier groupe de maladies, qui se présentent parfois avec des douleurs vives, est également justiciable de l'antipyrine, d'après Sée : ce sont les maladies du cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires accompagnées de douleurs à la pointe ou à la base du cœur, d'irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques, à des doses quotidiennes de 4 à 5 grammes du remède : celui-ci est d'ailleurs sans effet nuisible sur le cœur et peut être continué indéfiniment.

En résumé, la dose d'antipyrine nécessaire dans ces diverses maladies a été de 3 grammes au moins, de 6 au plus : on l'administre en solution dans l'eau, de manière que chaque cuillerée renferme un gramme : on donne une cuillerée à la fois et on répète l'administration toutes les heures ou les quatre heures.

De cette façon, le médicament ne produit aucun effet fâcheux appréciable, rarement des nausées, des vomissements ou des vertiges passagers. Le seul inconvénient sérieux de son emploi prolongé est la production d'une éruption semblable à l'urticaire.

Le professeur Sée s'est demandé comment l'antipyrine amène ainsi la sédation dans les affections douloureuses. En expérimentant sur les chiens, il a constaté que l'antipyrine produit trois sortes de phénomènes :

1° Une diminution très notable de la sensibilité et même une véritable analgésie dans le membre qui a reçu l'injection du remède, parfois en même temps dans le membre opposé.

2° L'excitation électrique du nerf sciatique, chez l'animal antipyriné, ne produit plus qu'une contraction réflexe très amoindrie, indice de l'affaiblissement de la perceptivité sensitive et du pouvoir réflexe de la moëlle épinière.

3° Les muscles antipyrinés directement se contractent lentement et difficilement, ce qui prouve que le médicament agit aussi sur les nerfs musculaires.

En outre un fait négatif d'une grande portée, c'est la complète intégrité du cœur et des vaisseaux qui sont restés indifférents pendant les expériences.

Le professeur Sée concluait donc : *L'antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur.*

—

DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE.

Il ne manque pas, comme écrit Rabow (*Thérap. Monats.* 1887, n° 4) de remèdes préconisés contre la migraine et considérés par certains auteurs comme héroïques. Abstraction faite de la nitroglycérine et de l'antipyrine dont il est fait mention dans ce n° de la *Revue*, abstraction faite du massage dont nous parlerons plus loin, l'auteur cite encore le nitrite d'amyle, l'aconitine, la cocaïne et l'électrisation.

Sans vouloir contester l'utilité de ces médications diverses, il se borne à présenter un nouveau remède, qui se recommande surtout parce qu'il est inoffensif et parce qu'il est tout à fait à la portée de tout le monde. Ce remède est le *sel de cuisine*. De même que Nothnagel a été mis à même par hasard de constater l'utilité de cette substance pour couper les attaques d'épilepsie, l'auteur apprit à connaître, d'une manière purement fortuite, que les accès de migraine pouvaient être coupés, ou sinon notablement amoindris, grâce à l'administration d'une petite quantité de chlorure de sodium.

Le mode d'emploi est le même que pour prévenir les attaques d'épilepsie : au moment où la personne éprouve les premiers signes de l'accès de migraine, elle prend une demi cuillerée ou une cuillerée entière de sel de cuisine en nature, puis boit par dessus une gorgée d'eau.

Il arrive ainsi en règle générale que l'accès imminent avorte ou bien, s'il est déjà établi, qu'il cède au bout d'une demi heure.

Le Dr Rabow, se basant sur six cas où la médication a été utile, se croit donc autorisé à la recommander, surtout lorsque l'accès de migraine s'accompagne de symptômes du côté de l'estomac; l'effet sera souvent très remarquable et très prompt, mais sans doute il y a des cas d'insuccès. L'utilité du chlorure de sodium dans le cas présent serait vraisemblablement à attribuer à des phénomènes réflexes.

D'autre part, Eulenburg (*ibidem*) a insisté sur l'efficacité du *massage*, principalement dans les formes dites *myopathiques* de la migraine; ce procédé viendrait en première ligne; il consistera en pressions exécutées rapidement sur la moitié du front et la tempe atteintes (tapotement), ou bien en frictions légères (effleurage) et en percussions pratiquées sur la région de la nuque.

A l'intérieur, l'auteur recommande aussi l'*antipyrine*, 1 gramme à répéter au besoin une heure plus tard. (Voir plus haut et n° de janvier 1887 de la *Revue*).

—

DE LA NITROGLYCÉRINE.

Le Dr Trussewitsch (*St-Petersb. Med. Woch.*, 1887, n. 1) a fait un large emploi de ce médicament dont nous nous sommes occupé déjà dans la *Revue*.

Il propose de lui donner le nom d'*angionévrosine*. Ses applications principales concernent en effet les affections connues sous le nom d'*angionévroses*, spécialement les anomalies du tonus vasculaire, la répartition inégale du sang, les congestions localisées, etc.

A ce titre, la nitroglycérine est avantageuse dans l'angine de poitrine, la migraine, les névralgies, le mal de mer, certaines anémies, particulièrement les anémies du cerveau, l'état syncopal, les palpitations, l'asthme...

Même, dans les hyperémies aigues des poumons, des reins, dans l'apoplexie cérébrale ou ses suites, les congestions cardiaques de l'âge de retour ou survenant chez les hémorrhoïdaires, la nitroglycérine a pour résultat de décongestionner les organes atteints en produisant la dilatation des vaisseaux d'autres régions; ce résultat, qui équivaut à celui de la saignée, sera surtout recherché avec avantage lorsque, dans la première catégorie des affections citées, la peau est pâle et froide, particulièrement à la face, et dans la seconde catégorie, lorsque le pouls radial est faible.

On débute par des doses très faibles, une demi goutte de la solution au centième de nitroglycérine, et on élève progressivement celles-ci,

jusqu'à ce que le patient éprouve la sensation d'un afflux sanguin à la face, de pesanteur, parfois de pulsations à la tête. On peut ainsi arriver à donner 5 à 10 gouttes par jour.

Les gouttes s'administrent dans une certaine quantité d'eau ou bien on les verse directement sur la langue au moyen d'un compte-gouttes.

L. D.

—

LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE PAR LE SOUFRE.

Dans certains cas de chlorose, on produit la guérison uniquement par l'emploi de médicaments qui stimulent la sécrétion gastrique. Dans d'autres, on arrive au même but par le fer. Mais souvent les deux moyens échouent. Partant de l'idée que la maladie est due dans ce dernier cas, non à la pauvreté du sang en fer, mais à une disette des tissus en soufre, les docteurs Schulz et Strübing *(D. med. Wochenschr.* 1887 N° 2.) sont arrivés à employer ce dernier corps dans la chlorose.

Ils l'ont essayé dans 6 cas et concluent comme suit :

1° Dans les chloroses pures, dans lesquelles le fer reste inactif, l'état général est incontestablement amélioré par le soufre.

2° Dans les cas qui résistent au fer, on prescrit celui-ci avec succès. après qu'on a administré le soufre pendant quelque temps.

3° Le soufre n'est pas toléré quand le tube digestif présente de l'inflammation.

On prescrit comme suit :

Soufre dépuré 10 gr.
Sucre de lait 20 gr.
3 f. p. j. la pointe d'un couteau. J. D.

—

DÉCHIRURES DU VAGIN ET DU PÉRINÉE. SUTURES DE CATGUT.

(Voir le procédé de Fritch et de Keller. *Rev. méd.* 1885, p. 362 et 455).

Les déchirures de la commissure postérieure de la vulve et de la fourchette sont des accidents de l'accouchement extrêmement fréquents et auxquels la plupart des accoucheurs ne prêtent pas une attention suffisante : ils accorderaient certainement plus de soins à une coupure au doigt, qui ne présente pas la même gravité. Cela tient sans doute à ce que l'accouchée ne se plaint guère de l'accident, qu'elle considère comme un épiphénomène obligé des couches, et à ce qu'en général la petite blessure se comporte bien et guérit toute seule.

Il y a cependant intérêt à ne pas laisser ouverte une plaie qui peut servir de porte d'entrée aux infections puerpérales — qui suppurera et laissera aux organes génitaux une ouverture exagérée.

Rosenbaum recommande pour la suture, le porte aiguille de Sims, des aiguilles à courte courbure et un fort fil de catgut, macéré pendant 24 heures dans une solution de sublimé à 1 pour °/₀₀ et conservé ensuite dans de l'alcool absolu. La couture se pratique sous un jet continu d'une solution phéniquée à 2 °/₀.

Rosenbaum indique plusieurs procédés.

La *suture à tours spirales simples*, commencée à l'angle vaginal supérieur, et terminée au périnée.

La *suture à tours doubles* (pour colporrhaphies). L'aiguille enfoncée tout près du bord de la plaie ressort au milieu, est réenfoncée immédiatement pour ressortir au bord opposé. Employé pour des plaies largement béantes, ce procédé n'amène par une trop forte tension dans les tissus rapprochés.

La *suture à tours profonds* procure une réunion plus solide.

La *suture à tours rétrogrades*, allant de l'angle profond vaginal vers la peau et remplissant par des points superficiels les interstices laissés entre les points profonds.

Si les différents tours doivent être suffisamment profonds, ils ne doivent pas l'être trop : le contrôle s'exercera par le toucher rectal. Après l'application de chaque spirale il convient d'exercer sur le fil une traction, modérée pour ne pas couper les tissus. L'opération se termine par une irrigation au sublimé (1 sur 4000) et une application de poudre d'iodoforme.

Traitement consécutif : repos, les jambes réunies, opiacés et deux injections par jour de sublimé corrosif à 1/4000e. Inutile de maintenir la constipation après le 4e jour. Injections intra-utérines si les lochies sont suspectes. Glace et solution de sel de Saturne si les parties sont douloureuses ou œdématiées.

Le catgut est résorbé au bout de cinq jours et il est rare qu'on en trouve encore des traces après le huitième.

Rosenbaum rapporte 192 cas (76 déchirures du vagin, 45 du frein, 71 déchirures du périnée proprement dites) : guérison par première intention avec conservation du frein dans 174 cas. La guérison par première intention a donc été obtenue 90,6 fois sur 100. Elle a été observée 89,6 °/₀ dans les déchirures du périnée de l'accouchement spontané; 51,5 °/₀ seulement dans les déchirures résultées d'une intervention opératoire.

La suture continue au fil de catgut n'exigeant aucune habileté chirurgicale exceptionnelle, Rosenbaum espère que les praticiens se décideront à l'adopter et à faire bénéficier leurs accouchées de ses incontestables avantages. E. H.

—

DILATATION DE LA CAVITÉ UTÉRINE par la méthode du prof. VULLIET, de Genève.

M. le Dr Bétrix décrit ainsi (*Nouvelles Arch. d'obs. et de gynéc.* 1886, p. 33), la nouvelle méthode proposée par le prof. Vulliet, de Genève, pour rendre visibles les parois internes de la matrice et permettre d'inspecter la cavité utérine dans les moindres replis de la muqueuse.

« La position a donner à la malade est d'une importance capitale : celle qui est préférable, je dirai même indispensable, est celle de Bozeman ou genu-pectorale, le siège étant placé très haut et en face de la lumière, les reins fortement courbés, formant une véritable ensellure. Les premières séances sont difficiles, mais avec un peu de bonne volonté et de patience, la malade s'habitue rapidement à la position et par la suite la prend d'elle-même dans toute la correction exigée. On doit aussi habituer la femme à porter son siège soit à droite, soit à gauche, en déplaçant latéralement la tête et la poitrine de manière que la lumière éclaire, l'une après l'autre, les différentes parties de la cavité et les rende nettement visibles. Le périnée sera fortement relevé par une valve de Sims, aussi large que possible.

» Dans le cas où le processus pathologique qui nécessite la dilatation n'a pas encore entr'ouvert le col, on commencera la dilatation en faisant pénétrer dans celui-ci l'instrument que l'on peut y insinuer le plus facilement, sonde utérine, bougie urétrale, dilatateur à branches, etc. ; on utilise ce que l'on a sous la main, en augmentant peu à peu le volume de l'instrument et en choisissant pour chaque cas particulier ce qui s'adaptera le mieux aux dimensions et à la forme tortueuse ou rectiligne du canal cervical.

» Une fois un certain degré de dilatation obtenu, le procédé devient le même que lorsque le col est déjà normalement ou pathologiquement dilaté, c'est à dire que c'est alors que commence le rôle des tampons iodoformés intra-utérins. Ces tampons de coton ont des dimensions qui varient entre elles d'un gros pois à celle d'une amande ; ils sont attachés à leur centre par un double fil ; pour les préparer on les plonge dans une solution éthérée d'iodoforme au dixième, on les sèche rapidement à l'air en les agitant vivement et on les conserve dans un flacon bien bouché.

» Voici comment il faut procéder pour l'introduction de ces tampons : on les porte à l'entrée de l'orifice externe au moyen de pinces à pansement ; de là on les pousse petit à petit dans la cavité utérine, avec une tige métallique. Ils doivent franchir l'orifice interne et pénétrer complètement dans la cavité. Tous les fils des tampons pendent hors de la vulve ; on peut les réunir en les comprenant dans un seul

nœud et, de cette manière, il sera plus facile de les retirer pour les changer ou pour les faire passer dans le vagin s'ils incommodent par trop la malade.

» Ainsi dès la première séance, on arrivera à introduire plusieurs tampons dans la cavité utérine, trois, quatre, ou même davantage; ou les laissera alors à demeure pendant vingt-quatre, même quarante-huit heures.

» Au bout de ce temps on retire les tampons et lave la cavité, si cela est nécessaire, et on les remplace par d'autres en plus grand nombre, nombre *qui doit aller en augmentant à chaque séance* et la cavité ne restera jamais complètement vide, si on ne veut perdre rapidement le chemin parcouru. En général l'utérus montre une tolérance très grande pour ces tampons; ordinairement il ne réagit pas; quelquefois il peut se produire quelques coliques, mais seulement au début de la dilatation et elles ne durent pas. M. Vulliet a vu survenir chez une de ses malades des nausées analogues à celles du début de la grossesse. A la suite des premières séances, on peut quelquefois observer une augmentation de température, mais celle-ci ne dure pas plus d'un ou deux jours : je n'ai jamais vu de frisson.

» Est-on obligé pour une cause quelconque d'activer le début de la dilatation, d'en franchir rapidement les premières étapes, on pourra procéder de la façon suivante : après avoir pendant un ou deux jours employé les tampons iodoformés, profitant de ce que la cavité utérine se trouve dans un état d'asepsie complet, on y introduira les tiges expansibles désinfectées (de préférence un faisceau de 3-4 laminaria); on les enlèvera après 24 heures, on lavera au sublimé et on tamponnera de nouveau au coton iodoformé.

» Les tiges de laminaria ont sur le coton l'avantage de faire franchir plus rapidement la période de début et celui d'amener une expansion d'un calibre très régulier; par contre elles occasionnent un traumatisme, sont plus difficilement supportées que le coton, sont même souvent intolérables; elles exposent à des accidents graves et puis il est impossible d'avoir des tiges complètement aseptiques. J'en pourrais dire autant des éponges préparées, car elles ont les mêmes inconvénients. Il est donc urgent, après les avoir employées, de faire un lavage antiseptique sérieux.

...» Donc, on obture la cavité utérine comme un dentiste obture une dent creuse; la cavité cède, se distend petit à petit et on prend possession de l'espace gagné en augmentant toujours le nombre des tampons jusqu'à ce que la dilatation soit telle que, le coton étant retiré et l'air remplissant la cavité, le regard puisse plonger jusqu'au fond de l'utérus, que la cavité de celui-ci et celle du vagin ne pa-

raissent plus former qu'un seul canal. Il peut se faire que l'orifice externe résiste et que la dilatation soit plus prononcée à l'intérieur qu'à l'entrée du col, ce qui rendra l'inspection totale impossible; on vraincra cette résistance par un gros tampon conique qu'on introduira de manière à ce que la base du cône ne pénètre pas entièrement.

» Quand la dilatation est complète et s'est faite régulièrement le col s'efface, et, s'il n'est pas hypertrophié, il ne forme plus alors qu'un bourrelet mince qui n'apporte aucun obstacle à l'inspection de la cavité. »

Comme on devait s'y attendre *a priori*, — rien n'étant plus variable que la souplesse des organes génitaux — le temps nécessaire pour obtenir une dilatation complète est extrêmement variable aussi : en général il faut une quinzaine de jours pour atteindre le but. Chez certaine malade de M. Vulliet tout l'ensemble de la cavité était visible au bout de trois jours; chez d'autres, au bout de 8 ou 20 jours seulement, et il en cite une autre chez laquelle, en renouvelant le tamponnement tous les deux jours, il a fallu *cinq semaines*, pour obtenir la dilatation, La dilatation peut être maintenue très longtemps : chez une malade elle persiste depuis une année. Quand on l'abandonne à lui-même l'utérus ne reprend que très lentement sa capacité première.

Telle est la nouvelle méthode de dilatation graduelle de M. le prof. Vulliet. Elle a sans doute l'inconvénient d'être longue et d'exercer la patience du praticien aussi bien que celle de la malade, mais par contre elle peut rendre des services importants en gynécologie, soit pour éclairer le diagnostic des affections de la muqueuse utérine, soit pour rendre l'accès de la cavité utérine facile aux remèdes topiques ou aux instruments. E. H.

—

LE MENTHOL.

C'est au menthol que les crayons contre la migraine, dont l'usage s'est répandu dans ces dernières années, doivent leurs propriétés : le Dr Langgaard a publié sur cette substance, dans le *Therap. Monatshefte* (mars 1887), la notice suivante que nous résumons.

Le menthol, aussi appelé camphre de la menthe poivrée, est le stéaroptène de l'extrait éthéré de la menthe poivrée : cet extrait, refroidi sous zéro, laisse déposer le menthol sous forme de cristaux que l'on sépare par expression de la partie de l'essence restée liquide et que l'on purifie par distillation.

L'essence de menthe poivrée d'origine anglaise ou allemande est très pauvre en menthol, et partant peu propre à sa préparation : l'essence d'origine américaine, mais surtout l'essence provenant de la

Chine ou du Japon, sont au contraire très riches en menthol : cette dernière est même pour ainsi dire exclusivement composée de menthol, si bien qu'elle est solide déjà à la température ordinaire : elle est connue dans le commerce sous le nom d'essence cristallisée de menthe du Japon.

Ces diverses essences seraient fournies par des variétés différentes de la même plante : de là les proportions si variables du menthol qu'elles contiennent.

Le menthol était à la fois rare et cher jusque dans ces dernières années, mais depuis, le prix en a été notablement réduit, grâce à une production plus abondante.

Le menthol se présente en aiguilles ou en colonnades cristallines, incolores et brillantes; il a l'odeur pénétrante de la menthe poivrée et une saveur fraîche et légèrement amère au début, piquante ensuite. Il fond à 43°C et entre en ébullition à 212° : il est très peu soluble dans l'eau, qui prend néanmoins son odeur et sa saveur, mais notablement soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme; soluble aussi dans les huiles grasses et la glycérine. Lorsqu'il est pur, le menthol, chauffé au bain-marie, donne un liquide clair et transparent et disparaît complètement par évaporation; dans l'alcool, il se dissout sans laisser de résidu et la solution reste limpide.

La formule chimique est $C_{10}H_{20}O$; la structure moléculaire incomplètement connue encore.

Tandis que les propriétés calmantes ou antispasmodiques de la menthe poivrée sont demeurées bien connues du médecin comme du vulgaire et ont été mises à profit de tout temps contre les gastralgies, les coliques, etc., il n'en est pas de même de l'application externe du remède comme antinévralgique, et cependant, les anciens, Pline entre autres, avaient signalé déjà l'utilité de la menthe poivrée, employée de cette façon.

En Chine et au Japon, l'essence de menthe ou le menthol ont été utilisés de tout temps comme analgésiques, principalement dans les céphalalgies rhumatismales ou nerveuses et contre les douleurs de la carie dentaire. Il y a quelques années, une préparation, désignée sous le nom de *Po-ho* (nom de la menthe en langue chinoise) ou de *Gouttes japonaises*, renfermée dans de petits flacons couverts de caractères chinois, a fait son apparition dans le commerce et a eu une vogue passagère dans le traitement de la migraine : cette préparation n'était autre chose que de l'essence de menthe poivrée.

Chez nous, tout récemment, Macdonald, expérimentant avec du menthol pur, a établi nettement ses propriétés analgésiques : applique-t-on le menthol, soit en substance sous forme de crayon, soit

en solution alcoolique ou en pommade, sur la peau intacte, le sujet perçoit à l'endroit frictionné une sensation de fraîcheur qui dure 10 à 15 minutes et qui est remplacée ensuite par une légère sensation de brûlure. S'il existe en cet endroit une douleur névralgique, elle disparaît quelques minutes après la friction, mais elle tend à revenir promptement, en moyenne un quart d'heure plus tard : l'effet est surtout appréciable *dans les névralgies de la tête et de la face.* Law aurait cependant eu un succès dans un cas de névralgie intercostale. En général, les douleurs des nerfs profonds ne sont pas influencées par ce moyen, mais bien *les douleurs goutteuses ou rhumatismales.*

Les observations de Macdonald ont été d'ailleurs reconnues exactes et l'usage du crayon de menthol est rapidement devenu populaire; son efficacité réelle, le plus souvent immédiate, est malheureusement passagère. La sensation de fraîcheur, consécutive aux frictions pratiquées avec le menthol, pouvait faire penser que l'effet calmant de la substance résultait simplement du refroidissement dû à l'évaporation; mais Goldscheider a démontré que le menthol a une action directe incontestable sur les terminaisons nerveuses; la sensation de fraîcheur persiste, lorsqu'on s'oppose à l'évaporation et elle n'est accusée que dans certaines régions du corps; ainsi à l'avant-bras, du côté de la flexion, elle fait place à une sensation de chaleur.

Outre l'effet analgésique, le menthol serait doué, d'après Russel, de propriétés antiphlogistiques : son application locale ferait céder à la fois la douleur, les démangeaisons, la chaleur et la tuméfaction inflammatoires. Le fait n'a pas été vérifié jusqu'à présent. Le mode habituel d'emploi du menthol est le crayon, c'est à dire le menthol en substance; le crayon est d'un emploi très commode, mais l'auteur croit que les solutions ou les pommades ont une action plus énergique et plus durable.

Macdonald s'est servi de la solution alcoolique à 10 %. En pommade on prescrit comme suit, pour les applications sur la peau :

R. Mentholi 1.0
Ol. olivarum 0,5
Lanolini 8,5
M. f. unguentum

Pour les applications sur les muqueuses, où l'on a besoin d'un produit moins consistant, susceptible d'être étendu au pinceau, on prescrira :

R. Mentholi 1,0
Solve in
Ol. olivarum 3,0
Adde Lanolini 6,0
M. f. ung.

Pour les brûlures, on peut ajouter le menthol au liniment oléo-calcaire :

R. Mentholi 5,0
Solve in
Ol. olivar. 45.0
Adde
aq. calcariae 50,0
M. f. linimentum

Contre les douleurs dentaires, on introduit un petit morceau de menthol dans la cavité cariée, ou on prescrit un mélange de menthol et de chloral à parties égales : ce mélange qui est liquide s'applique au moyen d'une boulette d'ouate.

Rabow a conseillé les prises de menthol contre le coryza.

Le menthol a beaucoup moins de valeur comme anesthésique que comme analgésique ; aussi n'a-t-il pu remplacer la cocaïne, comme certains auteurs l'ont proposé, pour obtenir l'anesthésie du nez, du pharynx ou de l'œil : il survient d'ailleurs après son instillation dans l'œil des phénomènes d'irritation vive.

Les propriétés antiseptiques du menthol, par contre, sont bien établies, mais on ne peut songer à les utiliser dans le traitement des plaies, à cause de la grande volatilité de la substance et de son insolubilité presque complète dans les liquides aqueux.

Dans les maladies internes, on a cherché à les utiliser en employant le menthol en injection ou en inhalation : ainsi, dans la grippe épidémique, dans la diphtérie, dans la phthisie.

Dans le même journal, Rosenberg rapporte le résultat de ses expériences sur le traitement de la phthisie par le menthol ; la substance a été administrée par inhalation à l'aide d'un appareil spécial, ou bien en ingestion. Les effets constatés furent une augmentation notable de l'appétit, la suppression des sueurs, une diminution de l'expectoration et de la toux. Contre les phénomènes fébriles, les effets furent incertains : les lésions locales ne se modifièrent pas sensiblement et les bacilles se montrèrent comme auparavant dans les crachats. Il s'agissait d'ailleurs de phtisies anciennes déjà, et l'auteur se croit autorisé, d'après les résultats avantageux obtenus, à recommander le menthol pour une expérimentation ultérieure.

D'autres ont employé le menthol dans la phtisie laryngée ; à la *Société médicale de Berlin* (6 avril 1887) les appréciations sur l'utilité du menthol dans la phtisie furent contradictoires, mais peu favorables en général.

Dans certaines affections de l'estomac et de l'intestin, le menthol serait utile, continue Langgaard, pour prévenir des fermentations

anormales. Koch a constaté d'autre part que l'essence de menthe poivrée tue le bacille du choléra à la dilution de 1/2000 : peut-être, le menthol serait-il utile dans cette maladie, administré par la bouche et en lavements.

Dans les gastralgies, les coliques, les vomissements, l'effet analgésique du remède sera utilisé avec avantage : on s'en abstiendra dans l'ulcère de l'estomac.

Le menthol peut être considéré comme inoffensif aux doses thérapeutiques : il agit comme sédatif et antispasmodique sur le système nerveux. Pour l'usage interne, on le prescrit en cachets ou en pilules. Telle est la forme pilulaire recommandée :

R. Mentholi	2,0
Sacchari albi	aa
Gummi arab.	1,0
Aq. dest.	q. s.

Ut. f. pil. nº XX. obduc. gelatina.

Mêler le menthol au sucre, arroser le mélange d'un peu d'alcool et le triturer jusqu'à ce que l'alcool soit complètement évaporé, ajouter la gomme, et quand le mélange est devenu bien homogène, ajouter quelques gouttes d'eau jusqu'à consistance pilulaire. L. D.

DE LA CONSERVATION DES DENTS.

Le professeur Miller de Berlin expose dans le *Thérap. Monatshefte* (mars 1887) la question de la prophylaxie de la carie dentaire d'après les données récentes de la science; cette question lui paraît digne de toute l'attention des praticiens, vu l'importance au point de vue de la santé générale de l'état de la bouche et particulièrement des dents.

Il signale une erreur très répandue dont les conséquences sont regrettables : les dents de lait ne réclameraient pas de soins hygiéniques spéciaux, parce qu'elles sont destinées à être remplacées par les dents permanentes.

Or, les dents de lait sont appelées à rendre des services jusqu'à la dixième année à peu près et, pendant tout ce temps, elles peuvent exercer une influence très fâcheuse sur les voies digestives, si elles sont altérées. Que d'enfants souffrent de douleurs qui réclament de bonne heure l'avulsion des dents ou présentent des inflammations des gencives et de la bouche qui rendent la mastication très pénible, compromettent ainsi une alimentation normale et entraînent des troubles de la nutrition générale. D'ailleurs, on sait que l'état des dents de lait n'est pas sans influence sur le développement des dents permanentes.

Une bonne hygiène dentaire sera donc appliquée à partir de l'âge

le plus tendre : elle a pour but principal, sinon exclusif, d'éviter le développement de la carie, et pour atteindre ce but, elle doit naturellement se baser sur une connaissance exacte des causes de la maladie. L'auteur expose rapidement à ce sujet la pathogénie de la carie dentaire.

De tous les tissus animaux, les dents, pourvu qu'elles soient normales, résistent le mieux à la putréfaction, et, en dehors de la bouche, elles se conservent indéfiniment inaltérées. Mais il n'en est plus ainsi, si les dents sont dépouillées de leur substance calcaire ; elles n'échappent plus alors aux processus habituels de destruction de la matière organisée.

Dans la bouche, la cause de la décalcification des dents est la production de substances acides ; c'est la fermentation des hydrates de carbone qui donne naissance à ces acides, particulièrement à l'acide lactique, qu'il s'agisse d'amidon, de saccharose ou de glycose. La ptyaline de la salive transforme l'amidon en dextrine et en substances sucrées fermentescibles (dextrose, levulose), et le sucre de canne subit des transformations analogues de la part de l'*invertine* que renferment les microbes de la bouche. A leur tour, ces substances de transformation sont attaquées par les microbes, décomposées en acide lactique et en quelques produits accessoires peu abondants.

La cavité buccale est un terrain extrêmement favorable au développement des organismes inférieurs : l'auteur est parvenu jusqu'à présent à cultiver au delà de cinquante espèces différentes, qui peuvent se trouver dans les liquides de la bouche : il mentionne parmi celles-ci le leptothrix buccalis, le vibrio buccalis, le spirochaete dentium, etc. en outre, dans le cas de carie dentaire, le staphylococcus pyogènes aureus, enfin, plusieurs espèces de microbes pathogènes.

Un grand nombre de ces espèces décomposent les hydrates de carbone pour engendrer de l'acide lactique et acquièrent ainsi une importance spéciale au sujet du développement de la carie.

Il est à remarquer que *cette fermentation acide n'a pas lieu librement dans la cavité buccale, mais dans les fissures et les dépressions de la surface, dans les espaces interdentaires, dans les cavités de carie*, c'est à dire, partout où les débris alimentaires échappent facilement aux soins ordinaires de propreté. C'est la nuit surtout que l'acide exerce son effet nuisible, car il n'est pas alors entraîné à tout instant par les aliments et les boissons ou les sécrétions salivaires.

Tous les points où la fermentation des restes d'aliments entraîne une formation notable d'acide, sont ceux où la carie dentaire prend son point de départ ; aussi, le moyen de prévenir la carie sera de débarrasser les dents par des soins de propreté des parcelles d'aliments

qui y restent attachées. *De tous les soins de propreté, le meilleur est l'emploi de la brosse :* il faut que celle-ci puisse atteindre toutes les dents et qu'elle soit frottée, non-seulement parallèlement aux arcades dentaires, mais encore dans le sens de l'axe des dents, de manière à pénétrer entre elles.

On peut nettoyer les dents des enfants à partir de la 3e année, en choisissant une petite brosse souple; après 4 ans, les enfants sont capables de procéder eux-mêmes à cette pratique, si on la leur enseigne. Toutefois, chez les enfants, en règle générale, il est difficile d'assurer efficacement la propreté de la bouche : aussi, s'abstiendra-t-on de leur donner avec excès des matières fermentescibles, comme des sucreries, surtout celles qui adhèrent aux dents et séjournent longtemps dans la bouche, comme les gommes et les substances insolubles.

L'auteur n'attache pas grande importance au choix d'une poudre dentifrice : si elle est insoluble, elle obture facilement, au lieu de les nettoyer, les cavités menacées de carie; les savons dentifrices sont préférables : ils dissolvent les matières grasses et facilitent l'action de la brosse : naturellement, ces savons seront neutres ou légèrement alcalins.

Voici deux formules recommandables :

1° Pour la poudre dentifrice :

R.	Calcar. carb. proec.	120 gr.
	Cort. Chin. fusc.	60
	Conch. praep.	60
	Pulv. Myrrh.	30
	— Caryophyll.	15
	Ol. Cinnam.	gtt. 10-15
	M. exact. F. pulv.	

2° Pour le savon dentifrice :

R. Magnes, carbon.
Rhiz. Irid. Florent.
Talci.
Sap. médicat, ââ 5 gram.
Ol. Menth. pip. gtt X.
Mucilag. gum. arab. q. s. u f. massa.

Il est bien entendu que l'emploi méthodique de la brosse jouera toujours le rôle principal.

Les moyens signalés jusqu'à présent ont pour but d'empêcher le développement de la carie, en enlevant mécaniquement de la bouche les matières fermentescibles. D'autres moyens peuvent être dirigés contre les agents de la fermentation eux mêmes. Ainsi qu'il a été dit,

c'est à la suite de la décal cification des dents par les acides que la substance organique, de consistance gélatineuse, qui en constitue la charpente est livrée sans défense à la destruction; les organismes des liquides buccaux dissolvent cette substance organique, grâce à leurs propriétés peptonisantes, et la dent se creuse ainsi à la longue de cavités qui constituent la carie. Un grand nombre de ces organismes, et non pas seulement une espèce déterminée, sont doués de cette action peptonisante.

Mais néanmoins, on comprend que la destruction des organismes de la bouche donne, au point de vue de la prophylaxie de la carie, le même résultat que l'enlèvement mécanique des substances fermentescibles : de là *l'emploi rationnel des solutions antiseptiques dans l'hygiène dentaire* : mais, pour que ces solutions soient efficaces, elles doivent, non-seulement avoir une action prompte, mais encore tuer les organismes . il ne suffit pas en effet qu'elles suspendent simplement pour un temps leur végétation, et puis, on ne les retient guère dans la bouche plus d'une minute.

A ce titre, l'eau oxygénée est insuffisante, mais l'auteur a trouvé, après une série de tâtonnements, la solution suivante composée de plusieurs antiseptiques (thymol, acide benzoïque, eucalyptol, etc.), comme réalisant les désiderata signalés :

R.	Acid. thymic.	0,25 centigr.
	— benzoic.	3,00 gram.
	Tinct. Eucalypt.	15,00
	Alcool. absol.	100,00
	Ol. Gaultheriae.	gtt XXV.
	(sive Ol. menth. pip.	gtt XX),
	M. D. S.	

On verse une cuillerée à soupe, de cette teinture, dans un verre d'eau : on se rince la bouche après chaque repas, surtout le soir avant le coucher, avec une gorgée de cette eau qu'on tient une minute au moins dans la bouche. On aura soin de faire précéder l'emploi des eaux dentifrices de l'enlèvement mécanique par la brosse des débris alimentaires : sinon, elles n'ont guère d'action.

Il arrive encore que, pendant la grossesse ou dans certaines maladies gastro-intestinales, dans la goutte ou le rhumatisme, la salive prenne une réaction acide qu'il convient de combattre par l'emploi des alcalins. On se rincera alors la bouche de préférence avec une solution au centième de bicarbonate de soude. L. D.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE.

Le Dr Picard a consacré dans la *Revue de Thérapeutique*, 15 novembre 1886, une étude au traitement de l'incontinence nocturne d'urine. On sait que depuis longtemps, on oppose à cette affection deux médicaments principaux, la *belladone*, quand elle résulte d'une contraction exagérée de la vessie : la *noix vomique*, quand elle provient de la faiblesse des muscles périuréthraux.

La belladone n'étant pas toujours supportée, parce qu'elle provoque une sorte d'ivresse, de l'insomnie et de la congestion de la face et des yeux, on peut la remplacer avec avantage par le *bromure de potassium* dont l'action est équivalante.

Les diverses préparations de noix vomique ou la strychnine doivent être administrées avec la plus grande attention, puisqu'il faut pousser les doses assez loin. Aussi, l'auteur trouve qu'on a justement abandonné la noix vomique pour lui substituer le *seigle ergoté*, qui a, comme la strychnine, la propriété de faire contracter la fibre musculaire : on le donne en poudre, pour un enfant de quatre ans : 20 centigrammes matin et soir, délayé dans de l'eau sucrée ou enveloppé de pain azyme ou de confitures, on augmente les doses avec l'âge : le remède est continué pendant 10 à 15 jours, puis repris pour le même temps après une interruption de quelques jours. Après un mois, le médicament a produit tout son effet.

L'*ergotine* en pilules de 10 centigrammes, prises au nombre de 2 à 5 par jour, peut remplacer le seigle ergoté.

« Mais de tous les moyens le plus employé actuellement et probablement le plus efficace contre l'incontinence par insuffisance des muscles uréthraux, est l'*électricité induite*. »

Les deux pôles peuvent être appliqués, l'un au périnée, l'autre sur le ventre au niveau de la vessie, ou dans le rectum. Si l'on échoue par ce moyen, on introduit l'un des pôles dans la région membraneuse de l'urèthre, l'autre restant appliqué sur l'hypogastre, le périnée ou dans le rectum ; on fait passer le courant d'une petite machine d'induction pendant 2 à 5 minutes tous les jours ou les deux jours.

C'est à tort que cette méthode effrayerait les enfants et les parents : elle n'est pas douloureuse et puis, son effet, quand elle doit guérir, est presque immédiat, et, si elle échoue, elle soulage le plus souvent.

L'auteur signale encore l'emploi du fer, de l'hydrothérapie, des bains de mer, des bains sulfureux, à titre de toniques généraux.

Enfin, si l'incontinence paraît résulter d'une inflammation de la vessie, le meilleur moyen de la faire disparaître serait d'injecter dans cet organe quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent, de 1/200 à 1/500.

CHLOROFORMISATION DANS LA TRACHÉOTOMIE.

A la Société de Chirurgie de Paris (30 mars 1887) une discussion s'est élevée sur les avantages et les inconvénients de l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie.

Comme l'a rappelé M. Le Dentu, il y a quelques années encore, les contre-indications de la chloroformisation étaient nombreuses, tandis qu'à l'heure actuelle, les tendances sont différentes.

Ainsi, on n'hésite plus à chloroformiser au besoin les phtisiques, les pleurétiques, voire même les cardiaques, pourvu que la lésion du cœur ne soit pas trop avancée et qu'elle ne s'accompagne pas de phénomènes d'asystolie menaçants.

Dans la trachéotomie, on devrait conclure à l'abstention, semble-t-il, puisque l'opération est pratiquée le plus souvent, lorsqu'il existe des troubles fonctionnels graves dans l'appareil respiratoire ; c'était d'ailleurs le parti auquel on s'était arrêté : on n'endort pas habituellement les enfants que l'on opère du croup. Or, d'après certaines observations présentées à la Société de Chirurgie, cette abstention n'est pas nécessaire, sauf peut-être, lorsque l'asphyxie est tout à fait imminente. La chloroformisation est inutile d'ailleurs alors, car le malade est anesthésié par l'acide carbonique.

Quoi qu'il en soit, le chloroforme administré dans le croup n'aggraverait pas l'asphyxie, mais régulariserait plutôt la respiration : de faibles doses sont suffisantes pour produire l'anesthésie : la période d'agitation fait presque défaut, de même les nausées et les vomissements. Seulement, on soignera particulièrement l'hémostasie pendant l'opération, car, si le sang pénètre dans la trachée, le sujet endormi ne peut faire des efforts énergiques pour s'en débarrasser.

M. Le Dentu fait à ce propos une distinction entre les asphyxies produites par un état spasmodique des voies respiratoires, et les asphyxies résultant d'un obstacle mécanique apporté au passage de l'air : dans les premières, le chloroforme est réellement utile et facilite la respiration, dans les secondes, il pourrait nuire, en diminuant l'énergie des efforts respiratoires.

Pour faire le diagnostic entre ces deux états, il suffirait d'observer le malade après qu'il a respiré la première bouffée de chloroforme : s'il y a un élément spasmodique, la détente se fait aussitôt.

M. Lucas Championnière a fait observer qu'à Londres, on endort presque tous les malades sur lesquels on pratique la trachéotomie, et dans les cas où il a procédé de la même façon, il a observé que le chloroforme, loin d'aggraver le phénomène asphyxique, l'atténue sensiblement.

MM. Verneuil et Lefort ont émis également des opinions concor-

dantes sur ce point, d'après les résultats de leur pratique personnelle. M. Verneuil a demandé d'admettre ce principe : « Les membres de la Société sont d'avis que, dans tous les cas, l'anesthésie est admissible pour la trachéotomie. »

M. Berger a ajouté que le chloroforme peut relever le cœur en supprimant une douleur intense qui réagit sur cet organe, et M. Le Dentu a insisté de nouveau sur ce fait, que dans la laryngite diphtéritique, l'asphyxie n'est pas seulement mécanique, mais aussi en rapport avec un spasme des muscles du larynx.

Néanmoins, le bénéfice du chloroforme dans la trachéotomie a été fortement contesté par le Dr de Saint Germain, chirurgien de l'hôpital des enfants. (*Bullet. Méd.*, n° 11).

—

DE L'EMPOISONNEMENT CHRONIQUE PAR LE TABAC.

A la Société médicale de Vienne, le Dr Favarger a cherché à établir l'influence funeste du tabac sur le cœur et l'estomac D'après lui, il faudrait une dizaine d'années d'usage immodéré, pour que les phénomènes de l'empoisonnement chronique se déclarent. Le symptôme le plus commun consiste dans des palpitations cardiaques ; il disparaît habituellement, si l'on cesse l'usage du tabac, mais, dans le cas contraire, il survient de la faiblesse cardiaque, des troubles dyspnéiques, de l'asthme, parfois des accès d'angine de poitrine ; l'examen du cœur donne un résultat négatif; d'autres fois, on découvre les signes de la myocardite chronique ou de la dégénérescence graisseuse.

Les troubles gastriques consistent en perte d'appétit, douleurs épigastriques, sensation de vide à l'estomac. Il faut signaler aussi du côté du système nerveux la syncope et l'insomnie.

L'auteur croit pouvoir admettre, en se basant sur un cas d'autopsie, que l'abus du tabac donne naissance à la myocardite et à la dégénérescence du cœur.

Le traitement sera avant tout préventif; le tabac ne sera permis qu'après le repas, jamais à jeun ; on ne tiendra pas les cigares longtemps dans la bouche, et on renouvellera fréquemment les porte-cigares.

Si l'empoisonnement est établi, le tannin, l'iodure de potassium sont indiqués.

L'atropine est l'antidote physiologique de la nicotine.

—

DES INCONVÉNIENTS DE LA LIQUEUR DE FOWLER.

Le professeur Liebreich, (*Thérap. Monatshefte*, 1887, n° 4) désapprouve l'emploi de la liqueur de Fowler et considère la pratique généralement répandue de recourir à cette préparation, à l'exclusion des autres préparations arsénicales, comme de nature à restreindre sensiblement l'usage de l'arsenic. Il n'est pas douteux que le sel potassique contenu dans la liqueur de Fowler ne soit la préparation la plus soluble de l'acide arsénieux, mais il faut remarquer qu'à ce titre, cette liqueur constitue en même temps la préparation la plus irritante.

Sous ce rapport, les sels sodiques sont déjà sensiblement mieux supportés.

Dans la pratique, il arrive souvent qu'on se trouve obligé d'interrompre l'emploi de l'arsenic, à cause des phénomènes d'irritation des premières voies : on ne songe pas alors à mettre ces phénomènes sur le compte de l'action irritante de la liqueur de Fowler, et on se prive ainsi d'un remède qui ne peut être remplacé par aucun autre dans le traitement de certaines fièvres intermittentes rebelles ou de plusieurs maladies cutanées.

Il suffirait cependant de remplacer la liqueur de Fowler par l'oxyde d'arsenic ou acide arsénieux en substance, pour constater la disparition des phénomènes d'intolérance constatés.

Dans plusieurs cas particuliers, les inconvénients de l'action irritante de la liqueur de Fowler d'une part, les avantages de l'acide arsénieux en nature d'autre part se montrèrent à l'évidence.

C'est donc, d'après le Dr Liebreich, en se servant de l'acide arsénieux, de préférence administré en pilules, que les praticiens pourront le mieux utiliser un médicament aussi précieux que l'arsenic.

L. D.

—

LE STREPTOCOCCUS ERYSIPELATOS DANS UNE SALLE D'AMPHITHÉATRE.

Le Dr Emmerich relate (*Deutsche Medic. Wochenschr.*, N° 3, 1887) que l'été passé, le professeur d'anatomie pathologique de Munich, M. Bollinger, contracta un érysipèle en travaillant dans une certaine salle de l'Institut anatomique. Il n'avait eu aucun rapport avec des malades atteints d'érysipèle. De plus, il n'y avait eu à cette époque aucune autopsie d'individus morts à la suite de cette affection. Peu de temps après, un assistant fut atteint de la même maladie. Diverses circonstances firent présumer que le foyer de la maladie se trouvait dans la petite salle dont il a été question plus haut. Emmerich, en analysant l'air de cette place, parvint à constater qu'il renfermait cinq germes d'érysipèle en moyenne par litre. Le microbe fut identifié

tant par ses caractères morphologiques, que par des inoculations sur animaux. De plus, il est probable que ces organismes avaient leur quartier général sur ou sous le plancher, car de petits morceaux de bois, enlevés au moyen d'un rabot et portés dans de la gélatine, fournirent des colonies caractéristiques. Par contre le mortier recouvrant les murs se montra complètement stérile. Emmerich, du reste, a démontré que la chaux à la surface des murs s'oppose à tout développement microbien. J. D.

—

LES QUALITÉS D'UNE BONNE VASELINE.

La vaseline, pour être bonne, doit réunir les qualités pharmaceutiques suivantes : (*Journal des Sciences médicales de Lille*).

La bonne vaseline est *neutre* et non pas acide, au papier de tournesol.

Elle ne fond pas au-dessous de 40°, comme les mélanges falsifiés.

Elle ne donne pas de vapeurs inflammables avant 200°, ce que fait bien avant un mélange falsifié.

La densité de la vaseline pure est de 0,920 à 0,925, supérieure au mélange qui n'atteint que 0,905 au plus.

La vaseline pure est inodore, le mélange est souvent odorant. Quand on met le doigt dans la vaseline pure, elle s'y attache en filant comme du bon miel ; le mélange ne file pas. Enfin la vaseline pure a toujours une transparence cristalline, tandis que l'aspect du mélange est toujours plus mat.

Cette dernière particularité d'aspect ne doit pas être confondue avec la question de couleur proprement dite, qui est d'une importance secondaire. En effet, si la vaseline la plus agréable à l'œil est absolument blanche, celle qui a une teinte blonde ne lui est pas inférieure comme qualité. La première peut être considérée comme un produit de luxe, que son prix élevé doit faire réserver pour la parfumerie élégante ; la seconde est celle dont l'emploi se généralise en pharmacie.

E. V.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *avril* 1887.

MOTION D'ORDRE.

A propos de la communication que M. Boëns a faite dans la dernière séance, M. Belval revendique la priorité de la proposition d'interdire le débit de boissons dans les maisons de tolérance. Il cite les

diverses occasions, dont la première date de 1862, dans lesquelles il a demandé cette interdiction.

RAPPORTS.

1. Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le mémoire de M. le Dr E. Lahousse, à Anvers, *sur l'ontogenèse du cervelet.* — M. Rommelaere, rapporteur.

L'auteur exprime, dans ce travail sur le développement des éléments nerveux, des idées qui lui sont propres et qui diffèrent, en certains points, d'une manière notable des opinions généralement admises.

Il y a lieu de signaler spécialement les points suivants :

1. Il estime que les différenciations histologiques des éléments de la moëlle épinière précèdent toujours les différenciations histologiques des éléments homologues du cervelet.

2. Les cellules nerveuses ganglionnaires, la névroglie et les nerfs forment primitivement un tout continu.

3. Il considère la névroglie comme étant de nature nerveuse, et il se range à l'opinion généralement admise aujourd'hui de l'origine ectoblastique de la névroglie. Il ajoute toutefois que la physiologie expérimentale est seule capable de trancher définitivement cette question.

4. Le cylindre-axe se formerait par un processus différent de celui qui préside à la genèse des filets nerveux ; il serait le résultat des transformations subies par le liquide visqueux interfilaire ; c'est à dire le paraplasme. L'auteur revient encore sur le même point en insistant sur ce fait : que le cylindre-axe naît postérieurement au nerf lui-même et en tirant parti pour la défense de cette thèse des données que l'étude du cervelet adulte lui a fournies.

5. La formation de la myéline est postérieure à la naissance.

La commission juge nécessaire de faire des réserves formelles sur les conclusions que l'auteur déduit de ses recherches et qui ne lui paraissent pas complètement justifiées.

Toutefois, vu l'importance que le travail présente et les connaissances dont l'auteur fait preuve, elle propose à l'Académie les conclusions suivantes :

1° De voter des remerciements à M. Lahousse ;

2° D'imprimer son travail, avec les planches qui y sont jointes, dans les mémoires in-8° de la Compagnie ;

3° D'engager l'auteur à communiquer à l'Académie les recherches qu'il annonce avoir faites sur la structure adulte de la cellule nerveuse et de la névroglie.

La commission rappelle que le nom de M. Lahousse est déjà porté sur la liste des aspirants au titre de correspondant.

— Les conclusions de la commission sont adoptées.

2. Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le Dr Faucon, à Lille, intitulé : *Contribution à l'étude de la réduction en masse de la hernie inguinale oblique externe, non étranglée.* — M. Gallez, rapporteur.

A propos d'un cas de l'espèce qu'il a observé dans sa clientèle, M. Faucon se livre à une discussion des divers éléments de la question que cette observation soulève et qui a été peu étudiée jusqu'ici dans les cliniques.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

« 1° La réduction en masse de la hernie inguinale oblique externe, non étranglée et de date ancienne est possible.

» 2° Dans certains cas, la hernie se reproduit, immédiatement après le refoulement du sac et de son contenu, sans le moindre effort ; dans d'autres au contraire, elle peut ne reparaître qu'au bout d'un certain temps.

» 3° L'intestin abandonne parfois le sac après la réduction en bloc, et celui-ci passe à l'état de sac déshabité ; on peut d'autre part voir reparaître la hernie avec un nouveau sac.

» 4. La réduction en bloc peut n'être suivie d'aucun accident ; elle peut donner lieu, d'autre part, à des phénomènes d'étranglement tardif ou provoquer, au contraire, des accidents d'occlusion intestinale rapides ;

» 5. Avant de songer à une intervention chirurgicale quelconque, on est autorisé, quand les accidents sont de date récente, à recourir à la thérapeutique médicale. La terminaison dans notre cas, prouve que la belladone à haute dose et la glace administrée à l'intérieur suffiront parfois pour faire disparaître les phénomènes d'étranglement et favoriser la réapparition de la hernie. »

La commission, sans accepter toutes les idées émises par l'auteur, notamment l'hypothèse qu'il produit pour rendre compte des symptômes d'étranglement survenus à la suite de la réduction en masse de la hernie inguino-pubienne oblique externe, non étranglée, estime que le travail qui lui est soumis présente un intérêt pratique incontestable, par suite de la discussion approfondie à laquelle il se livre et qui, si elle n'élucide pas les points restés obscurs jusqu'ici, est susceptible de mettre en garde le praticien qui se trouve en présence de cas semblables pour la conduite à tenir. A ce titre, elle est d'avis qu'il y a lieu d'insérer le travail de M. Faucon dans le Bulletin et de lui voter des remerciements pour l'envoi de sa communication. — Ces conclusions sont adoptées.

COMMUNICATION.

Chorée grave pendant la grossesse; accouchement forcé; par M. Wasseige.

Il s'agit d'une femme enceinte d'environ sept mois, âgée de 23 ans, qui, à la suite d'une grande frayeur, eut, quand elle sortit de la syncope dans laquelle elle était tombée, des contractions involontaires des muscles de la face et de la langue.

Deux ou trois jours après, les membres supérieurs, le gauche surtout, furent atteints de mouvements choréiques, symptômes qui allèrent en augmentant et devinrent tels, qu'on dût recourir à la camisole de force.

Privée de sommeil et dans l'impossibilité de prendre le moindre aliment, la moindre boisson, la malade ne pouvait aller loin sans succomber et la provocation de l'accouchement fut décidée. M. Wasseige indique les manœuvres qui furent nécessaires pour extraire un fœtus mort.

Après l'accouchement, la malade tomba dans le collapsus. Des injections suus-cutanées d'éther furent pratiquées sans résultat : une demi-heure après, un accès aussi violent que ceux du début reparut et se termina par la mort.

— La communication de M. Wasseige sera imprimée dans le Bulletin

V. — DISCUSSION.

Suite de la discussion sur la *prostitution.*

M. Barella n'admet pas que l'on tolère la prostitution des filles mineures et des femmes mariées. Il combat comme exorbitant et pouvant donner lieu aux plus graves abus le droit d'inscription d'office sur la liste des prostituées accordé à la police.

Il termine par les conclusions suivantes qui résument son discours :

« 1. Aucune fille âgée de moins de 21 ans ne pourra être reçue dans une maison de tolérance ou se livrer à la prostitution clandestine comme fille éparse.

» 2. Seront seules inscrites d'office sur les registres de la population les filles de maisons.

» 3. Nulle autorité n'a le droit d'inscrire *d'office* une prostituée libre, c'est à dire qui n'est pas en maison. Par contre, aucune femme libre ne pourra se livrer à la prostitution sans être inscrite, sans être cartée et sans avoir souscrit l'engagement de se soumettre aux règlements sur la prostitution et notamment à toutes les visites médicales qui seront jugées nécessaires. Elle sera inscrite sur sa demande et après avoir subi un examen médical complet. En cas de maladie, elle sera préalablement envoyée à l'hôpital.

» 4. Les prostituées inscrites seront soumises à des visites médicales fréquentes, au moins deux fois par semaine.

» 5. Les filles libres *inscrites* auront un livret qui leur sera personnel et qui contiendra leur état civil, leur signalement et leur photographie.

» 6. Les filles majeures qui se livreraient à la prostitution clandestine, c'est à dire *sans être inscrites et cartées*, seront poursuivies pour vagabondage, comme censément dépourvues de moyens d'existence par le travail, puisqu'elles vivent de la débauche. Elles seront envoyées à des dépôts de mendicité, après examen médical et traitement, s'il y a lieu, le tout nonobstant les poursuites qui pourraient leur être intentées du chef de l'article 379 du Code pénal.

» S'il s'agit de mineures, elles seront renfermées pendant un temps à déterminer dans des maisons spéciales où l'on cherchera par une éducation sévère et l'apprentissage d'un métier à réprimer leurs instincts vicieux et à les faire sortir de leur abjection.

» 7. Aucune femme *mariée* ne pourra être reçue dans une maison de tolérance, dans une maison de passe, ou inscrite à la police comme prostituée éparse, même si elle a un mari assez dégradé que pour autoriser la prostitution de sa femme.

» L'entrée d'une maison de tolérance ou de passe est interdite aux jeunes gens de moins de 21 ans. En cas de contravention, le tenant maison sera poursuivi conformément à l'art. 379 du Code pénal.

» 9. La vente de tout comestible, de toute boisson, de tout objet quelconque, est interdite dans les maisons de tolérance et dans les maisons de passe.

» 10. Il y a lieu à signaler à l'attention de la législature la nécessité de reviser les dispositions du Code civil relatives aux enfants naturels, cette législation barbare n'étant plus en rapport avec l'esprit de justice qui anime la société moderne. »

M. Mœller, revenant sur le travail qu'il a communiqué à l'Académie concernant les maladies vénériennes dans l'armée belge, explique comment il se fait que la moyenne totale de l'armée est de 70.6 par 1,000 tandis que les moyennes partielles de chaque garnison sont toutes, sauf une, supérieures à 70.9.

Répondant à M. Thiry, il montre que les renseignements qu'il a donnés sur les travaux de la commission d'enquête anglaise sont absolument inexacts.

Il s'efforce de bien définir la position qu'il a prise dans ce débat. A son avis, l'autorité civile a le droit et le devoir de surveiller la prostitution. Il n'a jamais prétendu défendre la liberté de celle-ci; il s'est borné à démontrer l'inefficacité de la règlementation *actuelle*.

L'étude de la marche des maladies vénériennes dans l'armée belge prouve qu'on ne peut en tirer aucun argument en faveur du système prophylactique en vigueur et qu'il est impossible de constater de corrélation entre la sévérité des règlements et la marche des maladies vénériennes dans chaque garnison. S'il n'a pas parlé des statistiques invoquées par les partisans de la règlementation, c'est qu'il les trouve insuffisantes; il rappelle, à ce propos, la statistique de M. Holland, qui évalue à 1,652,500 individus le nombre de personnes annuellement contaminées en Angleterre.

M. Mœller conserve sa conviction que la règlementation est inefficace; Il ne croit pas qu'il soit possible d'améliorer les règlements qui semblent déjà difficiles à exécuter; il invoque à ce sujet l'opinion de la police de Paris et de Bruxelles.

Le grand défaut des règlements est de ne pas pouvoir atteindre un grand nombre d'intéressés. M Mœller cite quelques lignes du Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, qui estime qu'il n'y a aucune raison de dispenser les hommes des mesures prises contre les prostituées.

Au point de vue moral, la reglementation est, d'après l'orateur, également inefficace. Elle ne peut rien parce qu'elle n'agit pas sur les causes de la prostitution, qui sont, entre autres, l'action funeste et pernicieuse de l'homme, la littérature immorale, etc.

Le seul remède opposé à ces causes par l'autorité civile, c'est l'inscription obligatoire, qui, suivant M. Mœller, ne fait que favoriser le développement de la prostitution.

Les conclusions du discours de M. Mœller sont : « Suppression graduelle et successive des maisons de tolérance; loi interdisant le trafic de la débauche d'autrui; mesures pénales contre la séduction des jeunes filles, contre toute excitation ou provocation à la débauche contre les prostituées et les débauchés qui donnent lieu à du scandale public. »

Au point de vue hygiénique, trois systèmes peuvent être indiqués:

1° Maintien de l'inscription et de la visite obligatoires, mais extension de ces mesures aux hommes qui en sont justiciables; 2° suppression de l'inscription, mais maintien de la visite obligatoire à titre préventif; 3° visites exclusivement à titre répressif et peines contre les auteurs de contamination vénérienne.

M. Mœller estime qu'il y aurait lieu d'attendre les résultats de l'enquête annoncée par M. le ministre de la justice, avant de se prononcer dans un sens ou dans l'autre.

M. Janssens justifie son intervention dans le débat actuel par la position officielle qu'il occupe comme chef du service de l'hygiène

publique, à Bruxelles. Les statistiques médicales des bureaux de mœurs ayant été invoqués tour à tour par les partisans et par les adversaires de la règlementation, il a fait dresser des tableaux détaillés des renseignements recueillis au bureau d'hygiène depuis 1881 jusqu'au 1er janvier 1887 sur la nature et les chiffres proportionnels des maladies vénériennes constatées chez les différentes catégories de filles soumises et insoumises. Il communique ces tableaux et expose les déductions qui se dégagent de la situation ainsi mise à jour. Il réfute ensuite certaines assertions erronées, formulées dans une précédente séance au sujet des documents officiels publiés en 1885, concernant le nombre des visites médicales bihebdomadaires et fournit, dans le même but, des renseignements explicatifs au sujet des radiations d'inscriptions au registre de la prostitution, qui s'opèrent avec toutes les garanties que l'hygiène est en droit d'exiger.

Après avoir exposé la situation anormale qui résulte pour l'agglomération bruxelloise du voisinage immédiat des communes dont les unes font observer leur règlement, tandis que d'autres n'exercent aucune surveillance au point de vue de la police des mœurs et de la contagion syphilitique, M. Janssens rappelle qu'une enquête destinée à mettre en lumière les nombreux *desiderata* de l'hygiène, en matière de prophylaxie vénérienne, avait été proposée, il y a déjà trente-deux ans au gouvernement, par le conseil supérieur d'hygiène publique. Il donne lecture des propositions formulées par ce collège et cite des exemples pour prouver qu'une enquête, conduite d'après les mêmes principes, pourrait contribuer à enrayer la propagation d'autres affections qui sévissent actuellement dans certaines villes de province, où les malades qui en sont atteints ne sont pas reçus dans les hôpitaux.

M. Janssens termine en déclarant que la prostitution doit être règlementée et que les individus qui vivent de ce honteux commerce doivent être soumis à la surveillance préventive et répressive de l'autorité au même titre que les délinquants ; les suspects sont assujettis à la surveillance de l'autorité judiciaire, parce que les uns comme les les autres constituent un danger permanent pour la société. L'absence de toute mesure disciplinaire, et non la réglementation de la prostitution, constitue, dit-il, une protection, un encouragement au vice et à l'immoralité.

M. Thiry combat les observations présentées par M. Mœller et dépose les conclusions suivantes :

« 1° La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite.

» 2° Les personnes qui seront convaincues de se livrer habituelle-

ment à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires.

» 3° Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent dans toutes circonstances et partout protéger l'honneur et la dignité des personnes.

» 4° L'Académie royale de médecine de Belgique, convaincue que les visites sanitaires fréquentes et convenablement appliquées peuvent seules arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. estime que leur application s'impose aux administrations, non seulement au point de vue de la santé, mais encore de la moralité publique. »

– M. le président propose de clore la discussion. — Cette proposition est adoptée.

COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret à 2 heures.

Election d'un membre honoraire étranger.

M. Lavocat, correspondant, ancien directeur de l'école vétérinaire de Toulouse, est promu à l'honorariat.

Election de cinq correspondants belges.

M. le docteur Titeca, médecin de régiment à Bruxelles, ayant seul obtenu la majorité requise, est proclamé correspondant.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE A WIESBADE.

Première journée. — Séance du matin.

DETTWEILER, (chef de l'établissement pour phthisiques de Falkenstein, dans le Taunus, rapporteur). Le traitement climatérique et physiologiques de la phthisie ne date pas d'hier; *Hippocrate* recommande d'éloigner les phthisiques de la localité qu'ils habitent; *Celse* préconise les voyages en mer et le séjour sur les côtes; *Galien* vante l'air sec et pur des montagnes; les médecins *Arabes* envoyaient leurs malades dans l'île de Crète. Dans les temps plus modernes *Van Swieten* croit les hautes pressions atmosphériques favorables, *Hufeland* et *Schoenlein* préfèrent le séjour dans les montagnes, tandis que *Hoffmann* attache avant tout de l'importance à un air chargé d'humidité. Quant à la diététique, nous voyons déjà *Paracelse* et *Van Helmont*, ce dernier surtout, insister sur une nourriture reconfortante et recommander vivement le vin.

C'est *Brehmer* de *Goerbersdorf*, en Silésie, présent au congrès actuel, qui le premier institua un traitement rationnel de la phthisie,

traitement bien ordonné dans tous ses détails, reposant tout entier sur des bases physiologico-pathologiques et d'observation clinique. Ce traitement consiste dans l'union de tous les facteurs qui peuvent tonifier l'organisme et régulariser ses fonctions et dans le scrupuleux éloignement de tous les agents nuisibles; une attention toute spéciale y est donnée à la régularité de la circulation et au cœur.

Toutes les préférences de Brehmer sont pour l'air raréfié des montagnes.

Dans ces derniers temps le séjour hivernal dans les contrées chaudes, l'*Italie*, l'*Egypte*, s'est beaucoup développé.

Dans la période actuelle enfin, on voit se développer de divers côtés des établissements affectés exclusivement au traitement des phtisiques.

Le point de vue de *Brehmer* est généralement admis comme seul rationnel et donnant seul des résultats non fallacieux : toute thérapeutique spécifique est illusoire. Il faut fortifier l'organisme et l'aider dans sa grande lutte contre le bacille de la tuberculose.

Depuis la découverte de *Koch*, on a essayé toute la série des antiseptiques et on a cherché à les mettre en rapport avec le virus par toutes les méthodes possibles : administration des médicaments à l'intérieur, suspension dans l'air inspiré, introduction dans le rectum avec émission, à la surface pulmonaire, de gaz antiseptiques, injection même directe dans le parenchyme du poumon. Toutes ces tentatives sont restées infructueuses ou n'ont donné que des résultats douteux. Ceci cependant ne préjuge rien contre la possibilité de trouver un jour une médication vraiment spécifique.

Dans la tuberculose pulmonaire l'invasion locale du bacille et les lésions qu'il détermine réagissent bientôt sur tout l'organisme. Une partie de la surface respiratoire et une section de l'arbre de la petite circulation sont perdus; en outre la résorption des produits anormaux et la fièvre qui en résulte réagissent sur l'état général : il se développe de l'anémie, de la faiblesse musculaire; le cœur aussi en est atteint ainsi que le système nerveux et cette réaction sur l'organisme est si générale, que, une fois la phthisie bien développée, on peut dire que tous les organes sont malades et que presque toutes les maladies y sont représentées. Au milieu de cette déchéance le phthisique reste optimiste. Cet optimisme s'accompagne d'une grande variabilité de caractère qui le porte à changer constamment de médecin et de médication.

Pour traiter avec fruit il faut que le médecin fasse reconnaître au phthisique sa situation vraie ; le choc moral consécutif à cette révélation cède avec une promptitude incroyable. De cette manière on arrive à trouver dans le malade un vrai collaborateur, attentif au traitement et à tous ses effets. Cette condition est indispensable à tout traitement

sérieux ; le malade doit savoir qu'il est faible, exposé à tous les dangers.

Quel que soit le traitement institué, et surtout dans le traitement par le grand air, le malade — cela fait partie de son état psychique — y voit bientôt une panacée infaillible et s'y adonne avec excès. Ce sont des vues très fausses au moins pour le début du traitement. Le grand air, le soleil, comme tous les grands excitants créent une espèce d'ivresse suivie de prostration et d'épuisement. Il faut y habituer progressivement l'organisme. Ici encore il y a des différences individuelles et des différences d'après la période de la maladie. C'est au médecin à juger et à surveiller.

Toutes les périodes de la phthisie, à peu d'exceptions près, tolèrent l'air libre, mais le corps doit être couvert ; ainsi les phthisiques très affaiblis et en proie à des fièvres intenses se trouvent bien de l'air atmosphérique ou tout au moins des appartements à fenêtres ouvertes, pourvu qu'on les place au lit et qu'ils se bornent aux mouvements indispensables. Une sédation générale s'opère ; la fièvre diminue ou tombe, l'appétit se relève, le sommeil revient ; bientôt ces phthisiques peuvent s'habituer à l'air libre, en passant d'abord par les halles vitrées. On les garde tout d'abord dans le lit, puis dans le fauteuil, puis on se borne à les habiller chaudement.

A *Falkenstein*, malgré des froids de — 12°, l'absence de soleil, les brumes, la pluie, les malades sont restés à l'air huit, dix, douze heures par jour. Dans les appartements les fenêtres sont toujours tenues ouvertes ou restent incomplètement fermées.

Les statistiques d'hiver et d'été ne montrent qu'un demi pour cent de différence et encore peut-on dire que les malades qui se déterminent à passer l'hiver dans l'établissement sont plus gravement atteints que les malades d'été.

Les moindres rhumes et toute espèce de complications, aussi bien que les cas graves sont aussitôt consignés au lit. Six à 10 p. c. en moyenne des malades de l'établissement gardent ainsi le lit d'une manière permanente. ; la moyenne d'été est de 8 1/2, celle d'hiver de 9 3/4.

Si, comme nous le croyons, les intempéries atmosphériques avaient beaucoup moins d'importance dans le traitement de la phthisie qu'on ne l'a cru jusqu'ici, ce serait là un fait d'une importance capitale pour le traitement de tant et tant de malades auxquels leur état de fortune ne permet pas, sans grands sacrifices, de rechercher le Midi ; nous pourrions établir dans nos propres hôpitaux des sections spécialement organisées ou chercher dans des contrées montagneuses ou accidentées des emplacements favorables.

MÉTHODE DE TRAITEMENT. — Le malade doit être rendu moins sensible aux refroidissements. La peau du phthisique est si sensible que celui-ci peut être considéré comme atteint de névrose cutanée ; il est, du reste, en toutes choses excitable comme un hystérique; sa faiblesse musculaire et surtout son irritabilité vasculaire sont extrêmes.

Les refroidissements ont une importance considérable : ils naissent sans doute par la voie des réflexes vasculaires; des congestions internes se produisent avec le plus d'intensité dans les endroits de moindre résistance, c'est à dire dans les organes déjà malades. Il faut, par des irritations graduelles, émousser cette sensibilité externe et combattre l'excès d'irritabilité réflexe. D'autre part, le malade, vivant à l'air libre, apprend vite, le médecin aidant, à limiter les excitants dans la juste mesure des ressources de son organisme.

On réagit d'abord contre *l'excès de sensibilité* par des frictions sèches, puis par des frictions humides. Après les *sueurs légères* le corps doit être frictionné pour prévenir les refroidissements par évaporation; les *sueurs fortes* demandent des lotions consécutives et de bonnes frictions.

Dans toute action du froid il ne faut pas perdre de vue les conditions de la réaction qui doit suivre; ainsi nous laisserons aller au lit un malade dans une température de + 4° auquel nous ne permettrons pas de se lever et de s'habiller dans une température de + 10.

Le large usage de l'air libre et la rénovation du sang fortifient mieux que quoi que ce soit contre les impressions du froid.

Si cependant un refroidissement survient, même un simple coryza, il faut le soigner sévèrement. Y a-t-il un peu de bronchite lobulaire accompagnée d'un petit grain de fièvre, un peu de douleur thoracique avec sensation de fatigue générale, presque toujours un examen attentif fait découvrir quelques modifications respiratoires bien limitées qui peuvent s'effacer et disparaître rapidement ou persister et s'étendre. Ces affections sont le point de départ de récidives incessantes. Il faut aussitôt commander le repos absolu. Dans notre conviction, ces congestions et engouements sont souvent l'*occasion* et non l'*effet* de nouvelles invasions tuberculeuses. Le microbe n'a beau jeu que dans les tissus déjà malades. Il en est ici comme pour les restes des bronchites et pneumonies lobulaires de la rougeole et de la coqueluche. Tous les districts non complètement débarrassés de lésions pneumoniques ou catarrhales dont elles ont été le siège, deviennent plus tard plus facilement tuberculeux que les autres.

Dans la phtisie le microbe n'est pas toujours le commencement et la fin de la maladie. Les refroidissements, les irritations, les altérations dues aux facteurs les plus divers, lui préparent le terrain.

A Falkenstein on traite les moindres troubles avec le plus grand soin, par 2, 3, 4 jours de lit et de légères sudations.

ALIMENTATION. Elle est d'une haute importance. Dans la phthisie l'appétit va diminuant au fur et à mesure que, par suite de l'inanition, l'organisme a de plus grands besoins. Il faut suivre les appétits et les goûts individuels, varier le menu selon les désirs et les lubies du malade et admettre les nourritures les plus diverses sans avoir une foi exagérée dans la nourriture azotée; il faut recourir à la persuasion et mettre tout en œuvre pour arriver à augmenter le poids du corps.

Le régime à Falkenstein est : entre 7 et 8 heures premier déjeûner varié; puis un grand verre de lait doux bu lentement par petites portions; 10 heures, second déjeûner; verre de lait; 12 heures, dîner; 4 heures, lait; 7 heures, souper; 9 heures, lait.

Si le lait doux est mal toléré, on l'additionne d'eau gazeuse, d'eau de chaux, de cognac, de vin, de décoctions mucilagineuses ; ou on le remplace par du lait aigri, lait caillé, lait battu, au besoin petit lait et koumys.

Le lait n'est pas la nourriture principale, c'est l'aliment additionnel, le sou d'épargne pour l'économie.

Lorsque la nourriture solide est mal tolérée, nous donnons 2 1/2-3 litres de lait doux, seul ou additionné de maïzena, de riz, etc.; on ajoute, si l'on peut, des ragoûts hâchés, des viandes râpées, etc. L'emploi des peptones est limité aux cas où l'estomac ne peptonise pas lui-même.

MÉDICAMENTS : On ne saurait s'en abstenir complètement. Le *salicylate de bismuth*, uni aux enveloppements Priessnitz (1), d'eau simple ou salée, constitue une excellente médication pour les troubles digestifs en général, la diarrhée par excitation péristaltique exagérée, etc.

L'*alcool* est généralement bien toléré par les phtisiques, il est souvent très utile; les fébricitants en supportent de grandes quantités; nous donnons souvent, par jour, 2/3 à 1 bouteille de vin léger ou une demi bouteille de vin de Bordeaux. Nos vins blancs excitent l'appétit. Le vin de Bordeaux est utile dans les diarrhées et apaise les faims excessives. Les vins doux du Midi sont donnés de préférence le matin. Le bon cognac est souvent donné jusqu'à sensation de chaleur, légère excitation et sensation générale de bien-être.

En somme, l'alcool est un agent puissant; il doit être pour le phthisique un vrai médicament et non une boisson d'agrément.

(1) Les enveloppements Priessnitz consistent dans l'application de compresses, bandes, ceintures de toile, trempées d'eau et recouvertes d'une toile imperméable de manière à empêcher toute évaporation.

FIÈVRE. Les meilleurs moyens pour la combattre dans la phthisie sont le repos et le bon air. L'air froid n'a guère d'influence comme agent hypothermique. L'hydrothérapie, employée au même titre, est peu pratique parce que les états fébriles sont prolongés. Le repos au lit est indiqué dans toute fièvre, surtout lorsqu'elle est d'origine inflammatoire. Si huit jours de repos n'amènent pas de rémission, il faut moins insister sur le lit et recourir davantage au grand air.

Les *antipyrétiques* récents sont très utiles. Outre qu'ils écartent les influences nocives de la fièvre même, ils présentent de nombreux avantages secondaires : le malade dort mieux et mange bien. Il n'y a guère de collapsus à craindre dans la phthisie. La seule chose désagréable, ce sont les sueurs; on les combat par l'alcool, l'agaricine, etc.

L'établissement de *Falkenstein* a consommé déjà plus de 11000 gr. d'antipyrine, 5000 gr. de thalline, 2000 gr. d'antifébrine.

L'irritation des voies respiratoires peut être calmée dans une certaine mesure par l'emploi des substances aromatiques. — L'irritation laryngienne peut au besoin réclamer l'emploi de la cocaïne. Le phthisique doit d'ailleurs apprendre à ne pas céder à chaque excitation de toux; il y a là une question d'éducation.

GYMNASTIQUE PULMONAIRE. Chez les phtisiques qui se promènent nous faisons faire, tous les 150 ou 200 pas, 10 à 12 respirations profondes, autant que possible par le nez. Les promenades sont régulièrement interrompues par des repos, tous les 5-10-15 minutes.

Il faut que le phthisique guéri ne se considère jamais comme guéri définitivement et que, comme le diabétique, il exerce sur lui-même un contrôle continu. Au premier mauvais symptôme, il doit se soumettre à une cure sévère.

Conclusion. La thérapeutique spécifique de la phthisie n'existe pas; le meilleur traitement consiste à développer les forces de l'organisme, à régler son jeu physiologique, surtout la circulation, à émousser la sensibilité générale, donner de l'air en abondance, amener un entraînement progressif par les exercices physiques, traiter symptomatiquement la fièvre, éviter soigneusement tous les facteurs nuisibles, agir sur l'état moral. Il n'y a pas de climat spécifique. Il faut repousser énergiquement le manque de foi dans la guérison possible des phthisiques; le médecin doit croire à la guérison. Le traitement doit être prolongé, et il ne peut être question, comme dans les autres maladies, de cures de 5 à 6 semaines. Le traitement dans les établissements spéciaux présente un grand avenir.

Le médecin doit gouverner de point en point le traitement; il doit tout autant s'attacher à comprendre l'état psychologique du malade; pour être bon médecin, il faut avoir un cœur plein de bonté et d'humanité.

PENZOLDT, co-rapporteur, professeur à Erlangen. Il est incontestable que la phthisie tuberculeuse guérit parfois, elle peut guérir toute seule et nous pouvons, de diverses manières, contribuer à sa guérison.

Il y a à considérer dans la phthisie, 1° la disposition à l'infection, 2° l'infection elle-même. Le médecin doit combattre la première; il doit s'opposer à la seconde et lutter contre elle lorsqu'elle existe.

Le bacille de la tuberculose est présent partout dans notre société, mais son abondance est très variable selon les lieux. La tuberculose devrait être rangée pratiquement par les individus, les administrations et les gouvernements, parmi les maladies contagieuses et épidémiques et il faudrait, de commun accord, chercher à rendre inoffensifs ses foyers de développement. Les médecins doivent veiller à réduire au minimum les rapports avec les tuberculeux et les objets qu'ils contaminent. Il faut ici la *plus scrupuleuse* propreté. Les crachats sont dangereux surtout là où ils se dessèchent : mouchoirs, draps, planchers, sol. Il faut insister sur ces points sans jamais se lasser. — Dans les hôpitaux il faudrait, en principe, séparer les phthisiques des autres malades et les placer dans des salles spéciales, mais il serait cruel et inhumain de pousser les choses à leur dernière conséquence.

Si nous ne pouvons nous protéger suffisamment contre l'infection venant de l'homme, soyons par contre sans merci vis à vis des animaux qui constituent des foyers de propagation, p. ex. les bêtes bovines atteintes de la pommelière (maladie perlée, tuberculose). Les plus grands sacrifices ne sont ici pas de trop.

Puisque le danger est partout, il faut protéger tous les hommes contre l'invasion, mais une protection particulièrement attentive doit être exercée vis à vis de ceux qui présentent une disposition héréditaire à l'infection. Il faut veiller à ce que la nourrice ne soit pas suspecte non plus que les bonnes d'enfants. Le lait non bouilli, les viandes trop peu cuites sont plus dangereuses ici qu'ailleurs, la nourriture doit être plus abondante et plus albumineuse. Nous voyons en effet que les animaux carnivores sont moins tuberculeux que les herbivores. — Il faut choisir pour les prédisposés une profession en plein air et, autant que possible, à la campagne. Il faut, chez eux, traiter beaucoup plus sévèrement que chez les autres les rougeoles, coqueluches, broncho-pneumonies et bronchites quelconques.

Il y a en outre la question des foyers tuberculeux reposant dans l'organisme : ganglions engorgés, tumeurs blanches. On a cru autrefois ces dépôts plus dangereux qu'ils ne le sont en réalité, mais le danger existe incontestablement. Faut-il enlever les glandes engorgées, exciser les articulations malades, etc.? La statistique chirurgicale est difficile à établir. L'extirpation d'un foyer n'exclut

pas l'existence d'un second; ainsi des ganglions intrathoraciques peuvent accompagner les glandes engorgées du cou. — Certains auteurs prétendent que l'opération ouvre souvent la porte à l'infection générale par une espèce d'inoculation.

Traitement curatif. — L'orateur se bornera à quelques points spéciaux. Comme le Dr Dettweiler, il insiste pour que le médecin parle avec franchise au malade, et cela d'autant plus que celui-ci est plus intelligent et qu'il est riche. Chez le pauvre il faut être réservé, parce que les médications rationnelles et efficaces sont au dessus de ses ressources.

L'air libre est un puissant agent, nous ne savons comment il agit, mais il ne faut pas absolument exclure l'idée de l'influence spécifique de certains airs; en médecine il y a beaucoup d'inconnues. Les hautes montagnes sont absolument indemnes, beaucoup de villes et de contrées le sont relativement. Les malades qui se rendent en ces localités s'en trouvent bien et chez eux on ne saurait arguer de l'absence du bacille dans l'atmosphère, car ils en couvent et en émettent eux-mêmes par millions. L'air de montagne et celui de la mer stimulent l'appétit et agissent ainsi peut-être indirectement.

Il faut toujours chercher à augmenter les résistances de l'organisme par une bonne et forte alimentation et spécialement par les substances azotées et les graisses de digestion facile. L'alcool, le lait alcoolisé, les koumys sont très utiles. Quant à la suralimentation, elle inspire le plus souvent une vive répulsion, provoque des dérangements des premières voies et ne peut être soutenue un temps suffisant. Le gavage répugne encore plus.

Les mouvements, promenades, respirations méthodiques, etc., sont très utiles, mais il faut éviter les jeux qui donnent occasion à des mouvements brusques et inégaux.

Les vêtements ont pour but de maintenir la peau dans une atmosphère à température constante. Les étoffes les plus convenables à cet effet, sont les laines légères, En même temps il faut fortifier la peau par des frictions sèches et humides.

Il faut veiller à l'état psychique des malades, les encourager, les animer, les refreindre au besoin, etc.

Le traitement dans des établissements spéciaux est préférable au traitement à domicile. Pour les pauvres, il faut conseiller les bons hôpitaux. Quant aux malades qui veulent changer de climat où faut-il les envoyer? — Tout d'abord il faut qu'ils partent de bonne heure et pour longtemps, qu'ils aillent plutôt s'établir pour quelques années au Caire, que de passer un hiver à Palerme. Il faut aller loin. Les stations dites de transition sont à déconseiller. Les phthisiques

torpides peuvent trouver profit aux séjours élevés, dans les montagnes, les éréthiques et les fiévreux doivent rester dans les contrées basses. Il faut du reste étudier la réaction du malade contre les divers temps et voir s'il se porte mieux dans les temps chauds et humides (envoyer aux côtes), chauds et secs, ou dans les temps froids.

Médicaments. Le traitement de la phthisie se borne beaucoup trop souvent à l'administration de médicaments, alors que certainement leur influence sur le cours de l'affection est bien inférieure à celle des agents physiologiques.

La douleur, la dyspnée, l'insomnie, la toux réclament la morphine, que l'on soit parcimonieux dans les états récents, généreux dans les cas avancés. La toux peut être également combattue en diminuant les secrétions par la térébenthine, et surtout le tannin. ou en diminuant l'adhésivité des sécrétions par l'inspiration de solutions pulvérisées de chlorure de sodium. Ici les expectorants internes réussissent peu.

Hémorrhagies. La morphine est utile en calmant la toux. — L'emploi du perchlorure de fer en inhalations semble irrationnel parce qu'il doit provoquer la toux plus qu'il ne peut coaguler le sang. Cependant l'expérience lui semble favorable.

Toute hémoptysie doit être traitée avec la plus grande sévérité. La plus petite peut devenir l'occasion d'hémorrhagies très graves.

Fièvre. Tantôt elles réagissent intensément sur l'organisme, tantôt celui-ci n'en est pas abattu. Ces secondes cèdent facilement à la médication, les premières y résistent. — Il faut toujours le repos et le grand air; si cela ne suffit pas, joignez y les lotions fraîches et les médicaments antithermiques.

Médications spécifiques. La créosote a, selon plusieurs observateurs, déterminé des améliorations sensibles, de même, dit-on, la terpine. L'action de l'arsenic est encore à démontrer. L'attaque des bacilles par d'autres microbes est un rêve. L'injection de liquides antiseptiques dans le poumon même se heurte à bien des inconvénients; comment atteindre le foyer tout entier? Les ganglions bronchiques peuvent être infectés aussi. Il faudrait faire l'essai de ces injections sur des tuberculoses plus externes, p. ex. les tuberculoses articulaires et osseuses.

En somme le traitement de la phthisie pulmonaire, tout en nous donnant plus d'espoir que par le passé, n'offre jusqu'ici rien de bien positif, et presque tous les avantages sont du côté du riche. Puissent les bienfaits de la médication physiologique profiter aussi au pauvre, grâce à des établissements organisés dans ce but, et puissent les modestes espérances fondées sur cette médication se réaliser de plus en plus.

BREHMER, de *Gœrbersdorf, en Silésie*, croit plus que Dettweiler aux immunités locales, qu'il attribue en partie à la constitution géologique du sol. Ces localités existent surtout en pays de montagnes. Leur immunité doit être établie par des statistiques rigoureuses. Brehmer préconise les traitements dans les établissements spéciaux. Les établissements en pays de montagnes ont l'avantage d'un air vif qui stimule l'appétit.

MESS, de *Scheveninge, Hollande*, s'exprime très sceptiquement au sujet des différentes cures d'air et de climat en Europe. Sa longue expérience ne lui a laissé que des désillusions. Il a par contre une foi enthousiaste dans le pouvoir curatif des pays intertropicaux.

THIEME, de *Menton*. — Il y a douze ans déjà que des phthisiques ont été traités à Dresde, par le Dr Fiedler, abrités dans de simples baraques très primitives, ouvertes le jour et fermées la nuit par des toiles. — L'orateur n'a vu aucune recrudescence chez les nombreux phthisiques qui, à la suite des derniers tremblements de terre, ont campé plusieurs nuits en plein air.

Le Dr Thieme rapporte les résultats obtenus sur 25 malades phthisiques qu'il a traités d'après la méthode du Dr Bergeon rigoureusement suivie : injections dans le rectum d'un mélange d'hydrogène sulfuré et d'acide carbonique. La médication fut bien tolérée, aucun accident n'obligea à l'interrompre. Sans présenter chez aucun malade les succès étonnants signalés par quelques médecins français et autrichiens, le résultat fut satisfaisant : diminution de la toux, expectoration plus facile et moins abondante, sommeil meilleur. Il faut aussi tenir compte des modifications morales qu'entraîne toute médication nouvelle. Le nombre de bacilles ne subit aucune diminution, la fièvre et les sueurs restèrent les mêmes et la marche de la maladie ne sembla pas retardée. Quoique la médication ne tienne pas les promesses faites en son nom, il serait désirable d'en faire un essai méthodique dans les grands hôpitaux cliniques.

RUEHLE, *prof. à Bonn*. La découverte du bacille de la tuberculose par Koch a jusqu'ici plus profité au diagnostic de la maladie qu'elle ne nous a fait connaître comment on devient tuberculeux. Comment par exemple expliquer la prédisposition héréditaire? Evidemment, sans l'entrée dans l'organisme du bacille, toute prédisposition est inefficace pour engendrer la tuberculose; comment cette entrée se fait-elle et comment est-elle favorisée? On a trouvé chez les phthisiques des bacilles dans des testicules tout à fait sains en apparence et de cette manière la possibilité d'une transmission du virus avec le sperme même est possible l'infection marchant dans ces cas de pair avec la fécondation. D'autre part on a vu des vaches tuberculeuses produire

des veaux tuberculeux dès leur naissance, de sorte que l'infection de l'œuf même ou celle du fœtus, par la voie du sang, est certaine, mais Ruehle croit que l'on accorde trop peu d'attention aux voies ordinaires de contagion par les rapports des tuberculeux avec des individus encore sains; ainsi le transport immédiat de bouche à bouche, de la mère à l'enfant, le transport par verre, cuillers et fourchettes, mouchoirs et autres objets servant à tous deux. La possibilité du transport existe dès qu'un individu produit et extériorise le poison. L'enquête médicale sur la contagion de la tuberculose a constaté des faits indéniables de transmission entre mari et femme, etc. Ruehle croit que la transmission par l'air a peu d'importance, les crachats peuvent se dessécher à la vérité sur les mouchoirs, les draps de lit, les planchers, se réduire ensuite en poussière et être emportés dans l'air, mais jamais encore les analyses de l'air n'en ont démontré dans les salles de tuberculeux, par exemple, et il est bien rare que l'on voie des infirmiers de bonne souche devenir tuberculeux, ce qui devrait avoir lieu fréquemment si la voie de l'air était une voie importante. La transmission directe mérite beaucoup plus d'attention et le Dr Ruehle fait appel, sous ce rapport, aux médecins de famille. La substitution de l'idée de transmission à celle de l'influence héréditaire porterait des fruits salutaires dans la prophylaxie de la tuberculose.

FRAENTZEL, *Berlin*, tout en appuyant avec l'orateur précédent sur la nécessité de donner plus d'importance à l'idée que la tuberculose est avant tout une maladie infectieuse contagieuse, croit que le rôle de l'air n'est pas aussi nul que le pense Ruehle. Il rapporte avec détails plusieurs cas d'infirmiers devenus tuberculeux à l'hôpital de la Charité à Berlin. Si la voie de la bouche était la voie principale il faudrait plus de tuberculoses intestinales et moins d'envahissements primitifs des poumons.

RUEHLE croit que les voies d'infection sont beaucoup plus complexes qu'on ne se le représente. Il cite l'exemple d'un jeune garçon atteint d'infiltration du sommet gauche. Depuis longtemps le garçon avait les ganglions susclaviculaires engorgés et ces ganglions provenaient d'une dent cariée. L'infiltration pulmonaire était venue longtemps après. Le bacille n'avait-il pas pris la voie de la dent et des ganglions pour atteindre la plèvre, puis le poumon? — Autre exemple : tuberculose terminale du cervelet et des capsules surrénales chez un sujet atteint longtemps avant d'un traumatisme du doigt avec engorgement consécutif et permanent des ganglions de l'aisselle et de ceux de la région claviculaire. N'y avait-il pas eu infection tuberculeuse de la plaie du doigt, par exemple par l'usage d'un mouchoir chargé de crachats tuberculeux?

(La suite au prochain numéro.) G. V.

VARIÉTES.

DE LA MORTALITÉ CHEZ LES MÉDECINS.

Tous les statisticiens qui ont fait des recherches sur ce sujet ont été unanimes à reconnaître que la mortalité dans la profession médicale dépasse notablement celle des autres professions. Nous donnons quelques extraits d'un travail lu dans une séance de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres en janvier 1886, relatif à cette question.

En 1860-1861, la mortalité moyenne des médecins en Angleterre a été de 23,63 pour 1000; en 1871 elle atteignait 24,99 et en 1880-81-82, elle s'élevait jusqu'à 25,53.

Or en 1880-82, le taux de mortalité chez les magistrats était de 20,23 et seulement de 15,93 parmi les membres du clergé. La mortalité médicale était également élevée en comparaison de celle de la plupart des industries ou professions, à l'exception de quelques-unes qui exposent à des dangers spéciaux.

Comme on pouvait s'y attendre, la mortalité parmi les médecins est au-dessus de la moyenne pour la scarlatine, la diphtérie et autres maladies infectieuses : une notable exception concerne la petite vérole, les médecins étant généralement mieux vaccinés que la moyenne du public.

L'excessive mortalité des médecins par suite de cirrhose et autres maladies du foie, de maladies des voies urinaires ou digestives, de la goutte, de l'alcoolisme et du suicide mérite d'être signalée. Par contre, la phtisie pulmonaire et autres affections des voies respiratoires font moins de ravages parmi les médecins que parmi le reste des hommes.

Le suicide présenterait en outre une augmentation graduelle de fréquence dans la profession médicale depuis plusieurs années. Le Dr Lamarche, de Montréal, a été à même de recueillir sur ce point l'aveu de plusieurs médecins et il pense que bien des cas de soi-disant apoplexie pulmonaire ou de maladie organique du cœur ne sont susceptibles d'être expliqués que par l'action d'une dose exagérée de chloral ou de morphine.

Dans l'espace de cinq années, en recherchant les causes de mort de 58 confrères, le médecin canadien a trouvé : Tuberculose pulmonaire 17, dont 11 de la ville et 6 de la campagne, pneumonie 6, maladie organique du cœur 4, fièvre typhoide 4, hémorrhagie cérébrale 3, sclérose cérébro-médullaire 3, empoisonnement par le chloral 3, mort accidentelle 3, cancer 6, (foie 2, rectum 2, intestinal 1, pharynx 1),

diabète sucré 2, maladie de Bright 1, cirrhose du foie 1, diphtérie 1, empoisonnement par la morphine 1, aliénation mentale 1, suicide 1, débilité sénile 1. Sur ce nombre il y avait 18 alcooliques, 3 morphinomanes et 1 cas de chloralisme chronique.

—

ODORAT CHEZ LES FEMMES.

D'après la *Revue scientifique* (1887, n° 6), un examen très superficiel suffit pour révéler des différences marquées entre les sexes au point de vue de la puissance des sens. Par exemple, le sens du *toucher* est incontestablement plus délicat chez les femmes prises en général que chez les hommes; c'est même ce qui les rend si particulièrement aptes aux travaux d'aiguille les plus minutieux.

Sur le sens de *l'ouïe* et de *la vue*, il est impossible de se prononcer, faute d'expériences. Mais en matière de *goût*, au sens propre, les hommes paraissent généralement mieux partagés que les femmes. C'est même ce qui fait, de l'art culinaire, dans ses plus hautes parties, le monopole toujours incontesté du sexe fort. On voit rarement les femmes se connaître en vins, et, s'il y en a de gourmandes, il y en a si peu pour correspondre au gourmet masculin que le mot n'a même pas de féminin.

Sur le sens de *l'odorat*, des expériences intéressantes et concluantes ont été faites aux Etats-Unis : il en ressort d'abord qu'il y a de prodigieuses différences dans la sensibilité de ce sens, selon les individus. Ainsi trois sujets masculins ont reconnu l'acide prussique dilué dans deux millions de fois son poids d'eau, proportion que l'analyse chimique la plus délicate ne révèle plus.

Mais le résultat le plus curieux de ces expériences a été d'établir la grande différence qui existe entre les deux sexes pour la finesse de l'odorat.

On peut conclure qu'en moyenne l'odorat des hommes est deux fois plus fin que celui des femmes.

C'est une loi générale qui va directement contre l'opinion très répandue qui attribue aux femmes une finesse particulière d'odorat, en se basant sur leur goût marqué pour les parfums. Ce goût provient très vraisemblablement, au contraire, de ce qu'elles sentent moins que les hommes et sont, par conséquent, moins sujettes à en être incommodées.

Avis aux dames qui en abusent, sans se douter de l'effet désastreux qu'elles peuvent exercer sur leurs admirateurs. Elles doivent désormais se savoir toujours *deux fois plus parfumées* pour les nez masculins qu'elles ne le sont pour elles-mêmes. L.

LE CANCER DU COL UTÉRIN.

(Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT, *recueillie par M. Lemaître, interne).*

Messieurs. La dégénérescence cancéreuse est la plus cruelle des maladies de la femme. Ce n'est malheureusement pas la moins fréquente. Sur 1972 cas de cancer relevés dans les hôpitaux de Paris, M. Picot (1) a trouvé :

	femmes :		hommes :
cancer des organes génitaux	765	—	20
— des mamelles	242	—	1
— de l'estomac	262	—	379
— du foie	91	—	100
— divers	52	—	60
	1412		560

Le cancer attaque donc presque trois fois plus souvent la femme que l'homme, et chez celle-là c'est une fois sur deux aux organes génitaux qu'il s'attaque.

Les 2269 cas de cancer utérin recueillis par Gusserow donnent :

à 19	ans :	1	cas
de 20 à 30	»	81	»
de 30 à 40	»	476	»
de 40 à 50	»	771	»
de 50 à 60	»	600	»
de 60 à 70	»	258	»
après 70	»	82	»

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Le peu de temps que j'ai à consacrer aux leçons de gynécologie m'oblige à beaucoup de concision et je ne m'arrêterai pas à vous décrire les caractères microscopiques du cancer, que d'ailleurs on vous a fait connaître dans d'autres cours. Je me

(1) *Les grands processus morbides.*

bornerai à vous indiquer rapidement les caractères cliniques du néoplasme. Que le cancer prenne naissance dans les cellules épithéléales (Waldeyer), ou dans les cellules conjonctives (Virchow), il constitue toujours une affection maligne caractérisée par ces deux propriétés désespérantes : la destructivité et la reproductivité.

N'ayant à étudier la maladie qu'au point de vue clinique, nous pouvons n'admettre que quatre formes principales :

I. *Cancroïde du col.* Il part de la muqueuse du museau de tanche et, en général, il a peu de tendance à envahir le canal cervical. Il reste souvent limité à une seule lèvre et se développe rapidement dans la cavité vaginale en tumeurs très riches en vaisseaux, présentant l'aspect granuleux de la fraise, de la crête de coq ou du chou-fleur. La vascularisation touffue de ces excroissances explique les hypersécrétions et les hémorrhagies.

Le cancroïde du col n'envahit que tardivement les culs-de-sac vaginaux et le tissu cellulaire péri-vésical profond, et offre de grandes analogies avec le cancroïde de la face.

II. Le *carcinome du col* se présente sous deux aspects différents.

L'*encéphaloïde* ou le carcinome médullaire, dit Scanzoni, est caractérisé par sa richesse vasculaire, sa surface irrégulière, bosselée, souvent comme déchirée ou couverte de fongosités, et par une grande tendance à se décomposer rapidement. Cette décomposition commence le plus souvent superficiellement et donne naissance à une ulcération en forme d'entonnoir dont les bords déchiquetés présentent une surface anfractueuse et couverte de granulations très vascularisées de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois ou de fongosités plus ou moins développées. La surface d'ulcération est recouverte d'une couche de sanie très fluide et fétide.

Le carcinome médullaire a une grande propension à envahir les tissus voisins, la vessie, le vagin, le rectum et à les perforer : d'où fistules vésicales et rectales et péritonites suraiguës.

Le *squirrhe*, d'une vascularisation moins luxuriante, a moins de tendance à s'étendre et à se désagréger. Il ne se propage aux tissus voisins qu'après un temps plus ou moins long et qu'après s'être transformé, en partie du moins, en carcinome médullaire.

Au début les tissus envahis sont épaissis, comme lardacés. Le néo-

plasme est tantôt diffus, tantôt aggloméré en tumeur, mais jamais nettement limité. Plus tard le ramollissement s'empare des tissus et l'ulcération se présente sous deux formes : rongeante ou végétante.

III. *Le carcinome de la muqueuse cervicale*, qui s'établit de préférence dans le tissu conjonctif sous-muqueux et transforme le canal cervical en caverne. Cette forme ulcéreuse a souvent déjà évidé le col et atteint le corps de la matrice quand elle apparaît à l'orifice du museau de tanche.

IV. Enfin une quatrième variété, plus rare, caractérisée par une perte de substance superficielle, tendant à s'étaler en largeur et semblant avoir son siége de prédilection dans le cul-de-sac postérieur. C'est plutôt un cancer vaginal qu'utérin.

Par les progrès du mal la plupart de ces variétés perdent d'ailleurs bientôt les caractères qui permettaient de les différencier au début.

Le travail, néoplasique ou ulcératif, peut s'étendre au vagin et apparaître à la vulve. Lorsqu'il envahit le tissu cellulaire péri-utérin la matrice perd toute sa mobilité et paraît encastrée dans le bassin, comme coulée dans du plâtre. L'infiltration s'approchant du péritoine, il s'établit des péritonites partielles, adhésives, dont les poussées se traduisent par des douleurs très aiguës. S'avançant du côté des uretères, qui sont très proches du col utérin (à 2 ou 3 centimètres), elle peut comprimer ces conduits qui alors se dilatent en amont, ainsi que les bassinets, et il y a hydronéphrose.

Vers le bas fond de la vessie le cancer provoque d'abord des inflammations catarrhales, puis des fistules urinaires. La fistule rectale est plus rare.

Enfin le cancer peut se propager aux muscles, au périoste, aux os du bassin, aux trompes, à l'épiploon et même aux intestins.

Les *métastases* cancéreuses sont relativement rares et tardives : elles se montrent aux glandes inguinales et lombaires, au foie, au poumon, partout.

Le carcinome et les sarcomes de la muqueuse et du parenchyme du corps de la matrice, beaucoup plus rares que ceux du col — dont ils ne sont la plupart du temps que l'extension — présentent à peu près la même histoire et sont justiciables du même traitement.

SYMPTOMES. Pour ne pas perdre trop de temps dans des détails

inutiles, nous nous bornons à rappeler les quatre phénomènes qui attirent surtout l'attention :

D'abord les *écoulements* : ils sont constitués au début par un liquide blanc, filant, ressemblant à du blanc d'œuf ou du lait de chaux ; plus tard ils charrient du sang, du pus et des détritus d'une fétidité horrible. Cette odeur se reconnaît de loin et est presque caractéristique. Je dis *presque*, parce que j'ai vu, tout récemment encore, des confrères s'y tromper sur la foi de Velpeau — qui diagnostiquait le cancer utérin dans les rues : — il ne s'agissait heureusement que d'un polype vaginal en voie de mortification.

Puis viennent les *douleurs*, lancinantes, atroces, quand certains filets nerveux sont comprimés ou quand le péritoine est attaqué. Nous les avons vu manquer.

Les *hémorrhagies*, qui s'expliquent par la vascularisation de certaines formes, l'ulcération des autres.

Les souffrances et les écoulements leucorrhéiques et sanguins abondants ont bientôt jeté la malade dans un état de *misère physiologique* extrême et, d'après les statistiques, la mort survient en moyenne de 12 à 18 mois après le début.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. Certaines formes du cancer sont parfois très difficiles à différencier, au moins à l'origine, de la métrite chronique avec indurations et de certains polypes fibreux interstitiels. On a bien dit que le squirrhe était mieux limité, plus inégal, plus bosselé, plus dur que l'engorgement chronique, moins nettement circonscrit et moins régulier que le fibrome, et cela est vrai, en général, mais cependant les nuances ne sont pas toujours assez nettement tranchées pour donner une certitude. Un meilleur signe critique, d'après nous, c'est qu'au toucher et à la pression le fibrome et le squirrhe, à moins qu'il n'y ait des ulcérations voisines, sont tout à fait indolents, tandis que l'engorgement inflammatoire est douloureux. C'est encore qu'au spéculum, le col apparaît pâle et décoloré dans le squirrhe, de coloration normale dans le fibrome, rouge ou même livide dans la métrite. Reconnaissons cependant que dans certains cas le microscope seul, ou peut-être aussi l'analyse des urines, est capable de lever un doute qui, du reste, ne saurait durer longtemps, l'évolution du cancer étant fatale et rapide, celle de l'inflam-

mation et du polype, foncièrement chronique et susceptible d'être influencée par la thérapeutique.

TRAITEMENT. Le cancer reconnu — et il importe de le reconnaître de bonne heure — il n'y a pas de temps à perdre à essayer un traitement médicamenteux inutile : on bouleverserait toute l'économie sans modifier le processus cellulaire local. Il n'y a pas de *spécifiques* du cancer, et le traitement chirurgical offre seul quelque chance de succès.

Lorsque le mal est limité au museau de tanche, il est indiqué d'amputer tout le col par le bistouri, l'écraseur linéaire, le thermocautère ou l'anse galvanique. Il est bon de faire suivre l'amputation d'une cautérisation au fer rouge pour diminuer les chances de récidive.

Sur 105 amputations du col, Schrœder ne compte que 13 cas de mort, et C. Braun a obtenu par le galvano-cautère 123 guérisons sur 136 cas.

Hoffmeier a trouvé que parmi les femmes opérées au moins depuis 2 ans il y avait pour 100 : 23,4 guérisons, 37 récidives, 30 résultats inconnus.

L'extirpation totale de l'utérus—pour laquelle la chirurgie ancienne ne comptait que 2 succès, ceux de Récamier et de Langenbeek — vient d'être remise à l'étude.

L'hystéréctomie par la voie abdominale (Freund) est une opération difficile à exécuter et qui ne paraît guère recommandable. M. Walton en a réuni 93 exemples : 20 guérisons, 63 morts. 4 fois l'opération n'a pas été terminée... et aucune des survivantes ne guérit radicalement.

L'hystéréctomie par la voie vaginale a procuré des résultats incomparablement supérieurs : 69 cas : 19 morts, 47 guérisons : 3 fois l'opération ne fut pas achevée. En Amérique Ill cite 137 cas et 100 guérisons. Au point de vue de la récidive, Hoffmeier donne les chiffres suivants :

extirpation totale	21 cas :	récidives	6 = 28 %
amputation partielle	65 » :	»	27 = 41,5 %.

Voici comment Schroeder décrit l'opération : « J'attire le col en bas et je fais une incision circulaire intéressant les culs-de-sacs vaginaux. Je détache alors complètement la vessie de l'utérus à l'aide du doigt, et j'incise largement le péritoine du cul-de-sac de Douglas. A

travers cette incision j'attire dans le vagin, avec le doigt ou des pinces, l'utérus placé artificiellement en rétro-flexion et j'incise, sur le doigt introduit comme guide, le péritoine qui recouvre l'excavation vésico-utérine. La matrice est alors libérée en avant et en arrière de ses attaches, et il suffit de couper les annexes latérales pour pouvoir l'enlever complètement. Au moment de la section des annexes, il faut veiller à éviter l'hémorrhagie : à cet effet on fera bien de pratiquer cette section tout près des bords de l'utérus, entre deux ligatures, et de lier aussitôt tous les gros vaisseaux divisés. On peut enlever en même temps les trompes et les ovaires. »

Nous conseillons de saisir les annexes dans de longues pinces à forcipressure, qui permettent de les lier avec plus de sécurité.

Si, dit Schrœder, parmi 78 malades qui survécurent à l'opération 24 (= 31 %) étaient encore exemptes de récidive deux années plus tard, il est permis d'affirmer que l'ablation curative du cancer utérin est pleinement justifiée.

En réunissant les faits de Schrœder et de C. Braun nous trouvons 283 essais de cure radicale du cancer : 40 femmes ont succombé à l'opération = 14,1 p. %.

Lorsque le mal n'est plus opérable, tout espoir de salut est perdu et le devoir du médecin est de s'efforcer d'adoucir des maux qu'il ne peut plus vaincre. Il luttera :

1° Contre le *dépérissement* par un régime tonique, hygiénique;

2° Contre les *douleurs*, par les opiacés, la morphine surtout;

2° Contre les *écoulements fétides*, par l'iodoforme et des irrigations désinfectantes fréquentes;

4° Contre les *hémorrhagies*, par les astringents, le tannin, l'eau de Pagliari et parfois même par le tamponnement.

Enfin, il entretiendra la liberté du ventre et surveillera l'émission des urines.

La thérapeutique s'est longtemps contentée de ces moyens palliatifs défectueux et insuffisants, probablement parce que l'on considérait le cancer comme un *noli me tangere* auquel on ne pouvait toucher sans précipiter sa marche. Mais il y a peut-être mieux que les vieux errements dont personne ne peut se dire satisfait. Simon, de Heidelberg, le premier, a osé attaquer le cancer par la curette tran-

chante : son exemple fut bientôt suivi en Allemagne, en Angleterre, très peu jusqu'ici en Belgique et en France.

Voyons comment le curettage atteint le triple objectif du traitement palliatif (1). Les *hémorrhagies* et la *leucorrhée*, dit Schroeder, résultent des mortifications qui se produisent incessamment dans le carcinome. L'écoulement renferme alors des lambeaux de tissus gangrenés qui se détachent des surfaces ulcérées, en même temps que les vaisseaux érodés donnent lieu à des hémorrhagies. Il doit donc être possible de supprimer, pour quelque temps, les écoulements fétides et sanguins en enlevant tout ce que l'on peut des tissus qui les produisent. Si ensuite on applique des caustiques énergiques sur la puissante trame conjonctive du carcinome, de fortes cicatrices mettent obstacle au développement de la cellule cancéreuse et déterminent la guérison presque complète de l'ulcère. Cependant des îlots de cellules cancéreuses peuvent se développer plus tard dans le tissu conjonctif et l'envahissement du néoplasme continue. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut suffire d'*une seule* opération, accompagnée d'une *seule hémorrhagie* pour détacher des végétations qui auraient mis des semaines ou des mois à se désagréger et auraient produit des hémorrhagies incessantes. L'opération a donc rendu des services précieux : les hémorrhagies cessent, l'atmosphère empestée qui enveloppait la malade se dissipe, l'appétit renaît, la femme revient à la santé et à la vie... Les effets de l'opération palliative sont d'autant plus durables qu'on enlève une plus grande quantité de tissu pathologique. Ajoutons que l'opération, lorsqu'elle est bien indiquée et bien conduite, ne paraît pas être dangereuse.

L'expérience s'est aujourd'hui prononcée en faveur de l'opération qui a longtemps été rejetée *a priori*. Nous estimons cependant qu'il ne faut l'accepter que dans certaines conditions. Il faut que le chirurgien connaisse exactement l'étendue du mal, qu'il puisse l'enlever presque en entier, que la curette soit conduite avec une exquise délicatesse de main, jamais à l'*aveuglette*, et qu'elle s'arrête aussitôt qu'une sensation de fond plus résistant est perçue. Il ne faut pas qu'elle s'expose à s'égarer dans des tissus dont les limites sont parfois mal définies.

(1) Voir traitement palliatif du cancer utérin *in Rev. méd.* 1886, p. 158 et 204.

Nous ne séparerons pas le cancer de l'adénome de la matrice.

ADÉNOME DE L'UTÉRUS.

Les glandes de la muqueuse peuvent se développer sous forme de polypes, longs, lisses, digités, souvent pédiculés. D'autres fois le tissu glandulaire, sous l'influence d'irritations chroniques, pullule sur place et forme tumeur : l'*adénome diffus*, qui paraît dégénerer souvent en cancer glandulaire.

Il se développe à l'âge de retour, ou plus tard encore, et se révèle, outre des signes de malaise dans le bassin, par des métrorrhagies irrégulières, moins remarquables par leur abondance que par leur longue durée. Le microscope est nécessaire pour établir le diagnostic.

Nous verrons plus loin le traitement du polype adénomateux. L'adénome diffus réclame le curettage de l'utérus et l'*adénome malin* constitue, dit Schroeder, une affection assez grave pour justifier l'amputation du corps de l'utérus.

DE L'ACÉTANILIDE COMME MÉDICAMENT SÉDATIF DU SYSTÈME NERVEUX.

Dans le *Bulletin de Thérapeutique* (30 mars 1887), le Dr Dujardin-Beaumetz a appelé l'attention sur les propriétés sédatives de l'acétanilide ou de l'antifébrine, médicament nouveau que nous avons signalé aux lecteurs de la *Revue* dans le no de janvier de cette année.

L'auteur fait d'abord remarquer que les nouveaux antithermiques se sont montrés utiles dans certaines affections du système nerveux : ainsi, l'acide salicylique est devenu un analgésique et a combattu efficacement certaines névralgies, les sciatiques en particulier ; l'antipyrine de son côté est devenue un excellent médicament pour combattre l'élément douleur, mais ce serait surtout l'antifébrine qui, comme médicament nervin, doit occuper la première place parmi les antithermiques.

Le Dr Dujardin-Beaumetz, sans apprécier favorablement ce médicament comme antipyrétique, insiste sur sa complète innocuité, quand on l'administre à des malades non fébricitants.

Il a, dit-il, dans son service des malades qui, depuis trois mois, prennent chaque jour de 1 gr. 50 à 2 grammes d'acétanilide et il n'a pu constater chez eux le moindre phénomène qui puisse être rapporté

à ce médicament. Il le donne en prises de 50 centigrammes à la fois, soit dissous dans un peu de vin ou dans de l'élixir de Garus, soit renfermé dans des cachets médicamenteux : on sait que l'antifébrine n'est pas soluble dans l'eau, mais bien dans l'alcool.

Il a combattu par l'acétanilide trois ordres de phénomènes : l'élément *douleur* en général, puis les *douleurs spéciales des tabétiques*, et enfin l'*épilepsie*.

Contre la douleur, le médicament s'est montré utile dans des cas de douleurs céphaliques liées à des altérations nerveuses, comme dans certains cas de névrite optique, puis, dans les douleurs rhumatismales diverses. Chez les tabétiques, l'antifébrine agit d'une façon heureuse contre les douleurs fulgurantes, ainsi qu'il a été constaté de divers côtés, et, bien que l'effet utile ne soit souvent que passager, le point est important, car la thérapeutique était jusqu'ici dépourvue contre de pareils symptômes.

Quant à l'épilepsie, l'auteur reconnaît qu'il faudrait une longue expérimentation pour affirmer la valeur thérapeutique de l'antifébrine : toutefois, il a recueilli trois observations où l'effet a été utile, particulièrement dans ce cas très démonstratif :

Des attaques ayant résisté au bromure ont disparu absolument depuis trois mois sous l'influence de trois prises journalières de 50 centigrammes d'antifébrine, et cela, sans que la médication aît présenté aucun inconvénient, tandis que le bromure, au contraire, avait déterminé des accidents d'une haute gravité. Jamais, il n'y avait eu une si longue suspension des accès.

Le Dr Dujardin-Beaumetz se résume comme suit :

1° Chez les individus non fébricitants, l'administration de l'acétanilide à une dose variant de 1 gr. 50 à 2 grammes, par prises fractionnées de 50 centigrammes, ne présente aucun inconvénient, même lorsque la médication est prolongée pendant des mois.

2° Cette médication paraît agir heureusement dans les cas suivants :

A. Dans les douleurs de nature rhumatismale, surtout névralgiques et musculaires.

B. Dans certaines douleurs dues à la compression ou à l'altération des nerfs.

C. Dans les douleurs déterminées par les scléroses médullaires.

D. Dans l'épilepsie. L. D.

—

LE CALOMEL COMME DIURÉTIQUE.

La *Revue* (n° d'août 1886) a rapporté les résultats obtenus par le Dr Jendrassik dans les hydropisies au moyen du calomel : ces résul-

tats ont été généralement confirmés, comme le prouve entre autres une communication du Dr Rosenheim à la *Société médicale* de Berlin (7 mars 1887).

16 sujets atteints de maladies du cœur avec hydropisies ont été soumis à ce traitement; chez 9 d'entre eux, l'effet fut prompt et remarquable : diurèse abondante et disparition de l'œdème; chez 4 autres, l'effet fut peu marqué; chez les trois derniers, il fut nul.

Dans presque tous les cas, la digitale avait été donnée sans résultat. La médication par le calomel n'agit d'ailleurs d'une manière fâcheuse, ni sur le cœur, ni sur les reins, de sorte que les complications rénales des maladies du cœur ne constituent pas une contre-indication,

Dans plusieurs cas d'hydropisies consécutives à la cirrhose ou dans les épanchements inflammatoires de la plèvre ou du péritoine, le calomel par contre fut sans action.

L'auteur insiste toutefois sur les inconvénients de la médication : la plupart des sujets ont présenté une stomatite plus ou moins marquée, et de la diarrhée.

D'autres préparations mercurielles, comme le sublimé, expérimentées par lui, ont également montré des propriétés diurétiques, mais les troubles intestinaux, provoqués par ces préparations, ont été plus marqués qu'avec le calomel, sauf en ce qui concerne la stomatite.

En somme, pour obtenir un effet diurétique, il faudrait une véritable imprégnation de l'organisme par le mercure; l'action du médicament ne porterait ni sur le cœur ni sur les reins, mais sur les tissus infiltrés eux-mêmes, le mercure se mêlant aux exsudats en quantité notable.

Le prof. Leyden a déclaré que, d'après ses observations, le calomel pouvait être considéré comme une bonne acquisition pour le traitement des hydropisies d'origine cardiaque, bien qu'il laisse parfois à désirer.

D'après le Dr Fürbringer, la diurèse obtenue par le calomel est malheureusement toujours passagère, tandis que l'amélioration obtenue par la digitale est d'ordinaire persistante.

D'autre part, le Dr Biro, de Budapesth, a soumis une série de malades atteints d'hydropisies d'origine diverse à l'usage du calomel; il considère la diurèse comme facile à obtenir et comme constante dans les hydropisies d'origine cardiaque; les quelques phénomènes fâcheux accessoires (stomatite, coliques, diarrhées) ne devraient guère être portés en ligne de compte, vu les effets précieux du remède : dans un cas d'insuffisance mitrale, la quantité d'urine émise s'éleva de 800 grammes à 6800 le 5me jour de la médication. Dans les hydropisies d'une autre origine, l'efficacité du calomel est moindre.

En ce qui concerne les doses, il a donné le calomel mêlé à la poudre de Jalap à la quantité de 20 centigrammes trois fois par jour : la médication est continuée trois à quatre jours. Il ne faut pas oublier que l'action diurétique du calomel n'est pas immédiate : elle apparaît ordinairement vers le deuxième, troisième ou quatrième jour d'une façon brusque, pour durer quelques jours.

D'ailleurs, on cesse l'emploi du remède quand vient la diurèse, pour le reprendre ultérieurement, s'il y a lieu.

Le chlorate de potasse est utilisé contre la stomatite, les coliques et la diarrhée combattues avec efficacité par l'opium, L. D.

—

L'ÉCORCE DE CONDURANGO DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC.

On sait que le condurango a été considéré, il y a quelque temps déjà, comme doué d'une efficacité remarquable dans le cancer de l'estomac ; un travail du Dr Riess, inséré dans le *Berlin. Klin. Wochenschrift* (nº 10, 1887) tend à relever ce remède du discrédit dans lequel il était tombé.

Appuyé sur un grand nombre d'observations, l'auteur affirme que d'une part les symptômes pénibles de cancers de l'estomac, sûrement diagnostiqués — le diagnostic même confirmé plus tard à l'autopsie — ont été amendés par l'usage du condurango, que d'autre part des affections de l'estomac, évoluant avec le cortège de symptômes propre aux cancers, ont été de la même manière sensiblement améliorées, voire même guéries fréquemment. Grâce à l'emploi quotidien, continué pendant des mois, de 10 grammes de condurango, on voit après un temps assez court l'appétit s'améliorer, les nausées et les vomissements diminuer ou même disparaître, les douleurs s'amender notablement ou céder tout à fait, les forces des patients se relever, et le poids du corps augmenter.

Dans tous les cas, la survie a été augmentée et dans d'autres, l'amélioration si marquée que bon nombre de malades ont pu quitter l'hôpital, considérés comme guéris.

Les modifications qui se sont produites sous l'influence du remède sur des tumeurs de l'estomac accessibles à la palpation ont été surtout remarquables ; sur un total de 64 cas, on put constater 17 fois une diminution sensible du volume de la tumeur, dans 8 autres cas, celle-ci disparut même complètement ou à peu près ; dans les autres cas, la tumeur cessa de s'accroître dans les mêmes proportions que par le passé.

L'usage de l'écorce de condurango paraît ainsi recommandable dans les cas cités ; l'auteur prescrit la décoction : 10 grammes pour 180 grammes d'eau ; on ajoute 20 grammes de sirop d'écorces d'oranges.

L. D.

L'ANTIPYRINE DANS LA COQUELUCHE.

Le *Therapeutische Monatshefte* (1887, n° 5) analyse deux travaux qui tendent à attribuer à l'antipyrine une place avantageuse dans le traitement de la coqueluche.

Dans une épidémie récente où il a administré ce remède, guidé par des considérations purement théoriques, le Dr Demuth n'a eu qu'à s'en louer. Sans doute il n'a pas supprimé d'emblée les accès, mais il a diminué leur intensité et leur fréquence.

En outre, il a amélioré notablement le repos de la nuit dans la majorité des cas.

Les enfants prennent le remède sans répugnance : le Dr Demuth l'a administré en solution : dix centigrammes à la fois pour chaque année d'âge, la dose répétée trois à quatre fois par jour, la dose du soir un peu augmentée. Il n'a observé aucun effet fâcheux du remède, même donné sans interruption pendant une semaine. L'appétit et la digestion en particulier n'ont pas été troublés.

De son côté, le Dr Sonnenberger donne la préférence à l'antipyrine parmi tous les remèdes préconisés contre la coqueluche : il a administré les même doses à peu près que le Dr Demuth, mais il les a augmentées, même doublées au besoin sans qu'il en soit résulté d'inconvénient. Il prescrit le médicament en poudre, et le donne dans un peu d'eau et de sirop de framboises : il est ainsi accepté facilement. La médication doit être continuée plusieurs semaines, si on veut éviter des reprises de la maladie.

Lorsqu'on peut donner l'antipyrine dès le début, la coqueluche termine son cours en trois ou cinq semaines avec des phénomènes très mitigés, mais, même lorsque la maladie est plus avancée, elle prend rapidement un cours plus bénin sous l'influence du médicament.

Rarement, l'effet se fait attendre les premiers jours et ne se développe que plus tard L. D.

LES MÉDICATIONS ANTISEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

La *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1887, n° 9, a publié une revue du Dr Eloy sur l'antisepsie médicale dans la tuberculose pulmonaire, que nous croyons devoir résumer et compléter en certaines parties, pour faire suite au compte-rendu du congrès de Wiesbaden, publié dans le n° de mai de la *Revue*.

L'auteur fait d'abord observer qu'à une pathogénie nouvelle de la phthisie, la théorie parasitaire, il faut une thérapeutique nouvelle, il rappelle que la résistance du microbe de la tuberculose a été mise

hors de doute par les expérimentateurs ; si malheureusement les agents antimicrobiques actuellement connus sont impuissants à tuer d'emblée les bacilles, quand on les administre à une dose thérapeutique, néanmoins ils possèdent la vertu d'entraver le développement et la pullulation de ces organismes. A ce titre, les antiseptiques méritent d'être employés ; on s'est efforcé, comme le dit l'auteur, d'atteindre le bacille dans ses foyers pulmonaires par trois procédés : les inhalations, c'est à dire le transport de l'agent antiseptique par le courant aérien dans les ramifications bronchiques ; les injections pulmonaires intraparenchymateuses, conduisant l'antiseptique au siége même de la lésion ; enfin, la véhiculation par le sang de substances susceptiblesd'agir sur le microbe en s'éliminant par les voies respiratoires.

Inhalations. C'est une pratique ancienne qui a été remise à la mode dans ces dernières années. En Allemagne, le benzoate de soude a eu ses partisans : on a célébré l'efficacicité de l'inhalation de ses solutions à 5 %, aujourd'hui, on en est réduit à admettre que le seul avantage de la médication est de faciliter l'expectoration et de déterger les surfaces broncho-pulmonaires. Guttmann a d'ailleurs obtenu le même résultat favorable par les inhalations des vapeurs de l'eau bouillante, et les autres inhalations (térébenthine, eucalyptol, benzine, iode, brôme, etc., ne feraient pas mieux.

Les inhalations des eaux minérales sulfureuses se montrent parfois utiles, mais est-ce en modifiant la nutrition générale, ou bien en s'attaquant au bacille?

Tout récemment on a proposé les inhalations de cultures du *bacterium-termo*. L'idée est ingénieuse, mais, pour combattre le microbe de Koch par celui de la putréfaction, et les mettre l'un contre l'autre en concurrence vitale, la méthode paraît, dit l'auteur, peu pratique : aussi on l'a déjà abandonnée.

En résumé, ajoute-il, le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations antiseptiques n'a pas donné satisfaction aux espérances.

Injections intraparenchymateuses. Par des injections antiseptiques dans le parenchyme pulmonaire, on comptait frapper plus directement encore le bacille tuberculeux.

C'est à cette médication que se rattachent les opérations de résection des parties du poumon infectées, proposées par certains auteurs. Mais si la *pneumectomie* a donné à des expérimentateurs hardis des succès opératoires, elle ne pourra jamais devenir dans la phthisie une opération radicale, si ce n'est dans des cas très rares, vu la dissémination des foyers tuberculeux dans le parenchyme pulmonaire.

Mais on a surtout préconisé les injections dans le poumon de substances antiseptiques dans le but de stériliser les foyers tuberculeux.

Nous avons signalé dans la *Revue* les essais tentés par Gouguenheim au moyen du sublimé : cette méthode exige avant tout une précision exacte dans le diagnostic des lésions, mais, non seulement l'innocuité des ponctions peut être discutée, mais la valeur curative de ces injections ou d'autres analogues est très hypothétique.

Dans le même ordre d'idées, M. White a présenté à la Société médicale de New-York, rapporte la *Thérapeutique contemporaine* 1887, n° 19, le poumon d'un homme mort après une série de trois injections d'iode phéniqué dans une grande caverne : le malade était atteint de phthisie au troisième degré, quand on pratiqua les injections indiquées, à différents intervalles, au niveau de la caverne. Il en résulta une amélioration de tous les symptômes, et la caverne avait même commencé à se cicatriser,... comme le démontrait la pièce anatomopathologique!

Véhiculation par le sang de substances antiseptiques. On se propose dans cette méthode de « faire véhiculer l'agent antimicrobique par le sang jusqu'aux foyers morbides.» Cette méthode a d'abord pour ressource l'absorption par les voies digestives : la liste des *antiseptiques administrés par ingestion* dans la phtisie serait interminable.

Parmi ceux qu'on a le plus vantés dans ces derniers temps, nous signalerons l'*iodoforme* et la *créosote*. Sommerbrodt *(Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, n° 15) assure avoir obtenu des résultats très avantageux de l'emploi de la créosote ; depuis neuf ans, le traitement a été institué sur près de 5000 phtisiques. L'amendement des symptômes est à peu près constant : il n'y a lieu d'excepter que les cas de lésions fort avancées ou étendues à d'autres organes, spécialement à l'intestin : mais dans les cas récents (hémoptysies initiales, catarrhes du sommet, infiltrations peu étendues) les succès sont éclatants. L'état général s'améliore, la toux et l'expectoration diminuent, l'appétit se relève dans des proportions étonnantes, les sueurs et la fièvre sont supprimées, et, dans des cas nombreux, surtout chez les sujets jeunes, les symptômes physiques et particulièrement la matité disparaissent.

L'auteur a même plus d'une fois observé la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx, bien que la phtisie de cet organe soit moins justiciable de l'action de la créosote; des tuméfactions scrofuleuses des ganglions ont cédé au même traitement.

L'auteur se sert de capsules renfermant 5 centigrammes de créosote et 20 centigrammes de baume de Tolu. Les malades en prennent le premier jour une, le second jour deux, puis, huit jours durant, trois, immédiatement après le repas principal, dans une cuillerée à soupe d'eau ; la seconde semaine, ils en prennent quatre, la troisième cinq, la quatrième six; ils s'en tiennent à cette dose pendant deux mois, puis progressivement ils arrivent à la dose journalière de 9 capsules. Le traitement est prolongé en moyenne pendant une année, avec certaines

interruptions exigées, soit par l'état de l'estomac, soit par la période menstruelle.

Le prof. Fräntzel a cru également, à la suite d'une expérimentation étendue, pouvoir recommander à la Société de médecine de Berlin (4 avril 1887) l'usage de la créosote dans la phthisie : il l'administre de préférence en solution, par exemple :

R.	Kreosoti	13 gr. 50
	Tinct. Gentian.	30 gr.
	Spirit. vini rectificati	250 gr.
	Vini.	1000 gr.

Tous les jours, deux à trois cuillerées à soupe.

Grâce à ce traitement prolongé pendant quelques mois, il a vu des phthisies chroniques plus ou moins avancées et étendues, ou bien se guérir, ou bien s'améliorer à un tel point que les patients pouvaient, en quittant l'hôpital, reprendre leur travail.

Il est vrai que ces résultats ne s'obtiennent que sur un nombre relativement restreint de malades. Chez les autres l'amélioration n'est que passagère ou bien le médicament est mal supporté. Dans la pratique privée, les résultats sont meilleurs, encore lorsque le traitement est suffisamment prolongé.

D'autres membres de la Société furent loin toutefois de partager l'enthousiasme du prof. Fräntzel pour la créosote.

En second lieu, il y a l'absorption du médicament par le tissu cellulaire sous-cutané. *Les injections hypodermiques de substances antiseptiques* sont actuellement à l'essai sur une assez grande échelle. On met à profit dans ce but un nouvel excipient que nous avons signalé dans la *Revue* : la vaseline liquide,qui est un excipient inoffensif pour les tissus et qui dissout la plupart des antiseptiques insolubles dans l'eau.

Les antiseptiques essayés par cette voie sont principalement l'*acide phénique* et l'*eucalyptol*. Quant à l'acide phénique, il ne se dissout qu'à 1 gr. 25 pour 100 dans l'huile de vaseline, tandis qu'il est très soluble dans l'huile d'arachides, une huile grasse comme la vaseline liquide, mais d'origine végétale. L'huile d'arachides, convenablement purifiée, se prête, d'après Ley (*Bull.gén. de thérapeutique*, 30 mars 1887), à tous les usages de la vaseline liquide. Alors que les solutions aqueuses d'acide phénique commencent à être un peu douloureuses à 2 pour 100, on peut faire sans inconvénient des injections de cette huile végétale contenant jusqu'à 5 et 10 pour 100 de phénol : on injecte ainsi sous la peau deux à trois seringues de Pravaz par jour. Suivant le même auteur, le phénol employé de cette façon donne des résultats surprenants ; l'amélioration se produit, assez lente au début, mais graduelle, constante et stable.

A Lyon, Bouveret et Péchadre, à Paris, Ley et Dujardin-Beaumetz ont expérimenté également l'eucalyptol en injections sous-cutanées sur un grand nombre de malades atteints de bronchite chronique et de tuberculose pulmonaire.

L'eucalyptol est trop irritant pour être injecté pur dans le tissu cellulaire, mais, si on fait dissoudre l'essence dans la vaseline liquide, la résine se précipite et on obtient un liquide incolore très fluide, répandant une forte odeur d'eucalyptol. La solution se fait en proportions variables de 20 jusqu'à 50 p. c. La dose d'eucalyptol injectée par jour varie de 25 centigrammes à un gramme et plus. Les effets locaux de ces injections consistent en une douleur assez vive avec un empâtement sous-cutané, qui n'arrive pas à l'inflammation franche.

On ne peut nier l'absorption du médicament par cette voie, les malades accusant quelques minutes après l'injection un goût très prononcé d'eucalyptol, et leur haleine exhalant l'odeur caractéristique de la substance.

Quelquefois il y a des symptômes d'excitation cérébrale (sensations de chaleur et de pesanteur dans la tête, étourdissements). Les patients ont parfois refusé de continuer plus longtemps l'usage du remède.

Quant aux résultats de la médication sur l'évolution de la maladie, ils ont été diversement appréciés. D'après Ley, dans les catarrhes bronchiques et dans les périodes de calme de la phthisie, l'eucalyptol donne de bons résultats, mais, après une période d'une quinzaine de jours, son influence bienfaisante semble épuisée, et il survient facilement des phénomènes d'intolérance (surexcitation cérébrale, diminution de l'appétit).

Dans les phthisies fébriles, l'eucalyptol serait mal supporté et plutôt nuisible.

En somme, conclut l'auteur, le traitement des affections catarrhales des voies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire par les injections d'eucalyptol et d'acide phénique est un traitement de longue durée, mais on peut mettre à profit les avantages de la méthode hypodermique pour introduire les antiseptiques dans l'économie ; on conserve en effet par ce moyen l'intégrité des fonctions digestives.

L'eucalyptol est un médicament balsamique qui s'adresse tout particulièrement aux sécrétions catarrhales de la muqueuse bronchique contre lesquelles il a, continue l'auteur, une action curative incontestable, mais il ne faut pas lui demander d'être un modificateur énergique de l'organisme. Son action est locale, et ce n'est pas un spécifique de la tuberculose, loin de là.

Dans les cas graves, il vaut mieux faire usage d'injections d'iode et de phénol, dont les effets sont constants et durables, et dont l'action ne s'use pas comme celle de l'eucalyptol.

Enfin, on peut encore faire pénétrer les antiseptiques dans le sang par la voie rectale. Nous avons parlé déjà dans la *Revue* des *injections gazeuses rectales* pour le traitement de la phtisie ; on sait qu'elles ont provoqué dans le principe un véritable enthousiasme.

Les substances que l'on fait pénétrer dans le rectum au moyen de l'acide carbonique sont principalement l'hydrogène sulfuré et le sulfure de carbone.

Mais on n'est pas même encore fixé sur le mode d'action de ces injections.

M. Bergeon considère l'acide sulfhydrique comme l'agent des succès thérapeutiques obtenus par sa méthode, tandis que d'autres imputent les succès à l'acide carbonique. C'est ainsi que 270 centimètres cubes d'une eau renfermant 25 centigrammes de monosulfure de sodium par litre ne perdent que 4 centimètres cubes 41/100 d'hydrogène sulfuré après avoir été traversés par 4 litres d'acide carbonique.

Quant à l'efficacité de ces injections, les résultats suivants, auxquels sont arrivés les Drs Spilmann et Parisot (*Revue médic. de l'Est*, 1887, n°4) nous paraissent résumer assez exactement l'opinion actuelle de la plupart des expérimentateurs.

Chez les phtisiques dont les lésions anatomiques restent relativement stationnaires, l'expectoration diminue sous l'influence des injections rectales, mais, chaque fois que l'évolution tuberculeuse subit une poussée, l'expectoration reprend son droit ; ce fait prouve que la méthode du Dr Bergeon est impuissante à prévenir les poussées tuberculeuses ; elle est aussi incapable d'arrêter l'évolution de la phthisie.

Les lésions thoraciques, pour autant que l'auscultation permet de les apprécier, n'ont pas rétrocédé, mais se sont au contraire accentuées. Les sueurs n'ont pas été influencées par la médication, non plus que la température et le poids des malades. Trois résultats positifs ont cependant été obtenus : la diminution des quintes de toux, la diminution des vomissements liés aux quintes de toux et la production d'un sommeil calme, réparateur.

Les auteurs terminent par ces deux conclusions :

1° La médication gazeuse rectale est palliative et non curative ;

2° Les difficultés de son application, aussi bien que les malaises éprouvés par certains malades, ne sont pas compensés par les résultats thérapeutiques obtenus.

Il reste à savoir si les injections rectales de sulfure de carbone donneront des résultats meilleurs.

Mais dans tous les cas, les espérances qu'on avait établies sur la nouvelle méthode ne se sont pas complètement réalisées, et, malgré les améliorations considérables obtenues chez certains phtisiques, les ba-

cilles n'ont pas disparu des crachats. Ces améliorations ne sont ordinairement que passagères et l'affection reprend sa marche progressive, dès qu'on suspend les injections.

Pour revenir au travail du Dr Eloy, voici la conclusion à laquelle cet auteur est arrivé, après avoir passé en revue les médications antiseptiques dans la phtisie.

« Les moyens d'hygiène, l'alimentation et les médicaments eutrophiques conservent, d'un avis unanime, le premier rang dans la médication de cette maladie. C'est justice, puisque l'antisepsie ne peut encore ni réaliser ses promesses, ni satisfaire à des espérances qu'à l'heure actuelle, il serait d'ailleurs fort déraisonnable d'abandonner. »

L. D.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE ROND.

En s'appuyant sur un grand nombre de cas soigneusement analysés, le prof. Riegel (*Deut. med. Wochenschr.*, 1886, n° 52) croit démontré qu'*une augmentation notable des acides de l'estomac précède constamment le développement de l'ulcère rond*; c'est cette hyperacidité qui vient en premier lieu : elle se manifeste par une production exagérée de sécrétions gastriques à chaque introduction d'aliments; l'ulcère se produit consécutivement à l'hyperacidité et celle-ci, si elle persiste, devient facilement la cause de récidives de l'ulcère après guérison.

Cette particularité a son intérêt au point de vue du traitement; les alcalins d'une part, le régime de l'autre ont une importance capitale reconnue depuis longtemps, tandis que les astringents, si employés autrefois, n'ont aucune valeur.

Les malades ne doivent ingérer aucun aliment solide, mais des solutions de viande, des peptones, du lait ; l'alimentation par le rectum est parfois indiquée.

Les alcalins et les eaux minérales alcalines sont efficaces, soit en neutralisant les acides, soit en remplaçant dans l'estomac le chyme à réaction acide. On doit en faire usage assez fréquemment dans la journée, particulièrement après les repas, au moment où la quantité d'acides est à son maximum.

Le lavage est très utile dans les cas où il y a déjà de la dilatation, ou bien quand il s'agit simplement d'évacuer le contenu acide de l'estomac; on le pratiquera de préférence le soir.

En terminant, l'auteur fait remarquer que l'efficacité des alcalins dans la plupart des maladies chroniques de l'estomac, reconnue depuis si longtemps, ne se concilie pas avec l'opinion généralement accréditée que ces maladies s'accompagnent d'une diminution des

sécrétions gastriques, spécialement en ce qui concerne l'acide chlorhydrique. L. D.

LA DIARRHÉE VERTE DES ENFANTS ET SON TRAITEMENT.

M. le professeur Hayem a lu à l'Académie de médecine de Paris un intéressant travail sur la diarrhée verte, la maladie la plus commune et non la moins redoutable du premier âge, qui, à Paris, fait au moins cent victimes par semaine pendant les grandes chaleurs de l'été et dont le remède héroïque, déjà recommandé par Parrot, serait le sirop de lacto-phosphate de Dusart, à la dose de 4 à 6 cuillerées à café par jour, administrées avant ou une demi heure après chaque têtée.

La maladie est d'origine microbienne et due à un bacille spécial découvert par le professeur Damaschino dans les vomissements et les selles.

Ce microbe ne se développe pas lorsqu'il rencontre, comme au début de toute digestion normale, une quantité suffisante d'acide lactique dans l'estomac; il lui faut pour se multiplier et se développer un milieu alcalin ou neutre, tel que le préparent certains troubles dyspeptiques, résultats d'une alimentation vicieuse par la quantité ou par la qualité.

Le traitement par les acides est donc logiquement indiqué. L'acide chlorhydrique cependant ne donne pas des résultats constants et c'est à l'*acide lactique* qu'il faut recourir pour guérir rapidement le mal, qu'il fait disparaître le plus souvent au bout de deux ou trois jours.

Le sirop de lacto-phosphate de chaux est d'une administration plus facile que l'acide lactique et plus sûr, l'acide lactique du commerce étant souvent obtenu artificiellement par l'action des alcalins sur les glucoses.

On fera bien de prescrire le sirop de Dusart à la nourrice dont le nourrisson est atteint déjà de diarrhée simple. L'analyse a montré qu'à la suite de l'emploi de ce médicament le chiffre de phosphate de chaux monte dans le lait de 1 gramme à 2 ou 3 grammes et même plus haut encore.

Il va de soi qu'il ne suffit pas de prescrire le médicament et qu'il faut par l'hygiène et par la régularité du régime replacer les organes digestifs de l'enfant dans les conditions d'un bon fonctionnement.

E. H.

DISTENSIONS DES TROMPES ET MYOMES UTÉRINS; DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous reproduisons d'après M. Horrocks (1), mais en les rangeant

(1) *Brit. med. Journal.* 1 Mai 1886.

dans un ordre plus logique, les principaux caractères qui permettent de différencier les distensions des oviductes, des polypes de la matrice.

1. Les fibro-myomes augmentent le volume de la matrice et souvent la déforment; les dilatations des trompes lui laissent sa forme et ses dimensions normales;

2. Les fibromes font plus corps avec l'utérus;

3. Leur consistance est plus ferme;

4. Les corps fibreux sont, en général, sphériques; les kystes tubaires, cylindriques;

5. La position et la direction de la matrice sont beaucoup plus modifiées par les corps fibreux que par les distensions des trompes;

6. Les métrorrhagies, si communes dans le fibrome, sont exceptionnelles dans les distensions tubaires;

7. Les écoulements intermenstruels, généralement jaunâtres, sont plus fréquents dans la dilatation des trompes;

8. La ponction aspiratrice donne du sérum ou du pus dans l'hydro ou le pyo-salpynx; du sang dans l'hémato-salpynx et le fibrome;

9. Excepté au moment des règles, le fibrome occasionne rarement des douleurs, tandis que la distension des trompes est toujours pénible;

10. Le kyste tubaire est douloureux à la pression, le fibrome indolent;

11. La distension des trompes s'accompagne plus fréquemment d'inflammation pelvienne que les corps fibreux;

12. La température s'élève dans la distension des trompes, mais non dans le polype fibreux;

13. L'état général est toujours influencé par le kyste tubaire; il ne l'est guère, ou ne l'est qu'à la longue, par le fibrome.

Un diagnostic plus difficile consiste à différencier les distensions des trompes d'autres affections des ligaments larges et de certaines maladies des ovaires. E. H.

EFFETS DE L'EAU CHAUDE SUR L'UTÉRUS.

A la suite d'expériences faites sur des lapines, M. Milne Murray est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'utérus non gravide du lapin est sujet à des contractions rhythmiques (une contraction toutes les deux minutes).

2° L'introduction de l'eau chauffée à 105-110°F détermine un tétanisme immédiat de la musculature qui se prolonge pendant 5 à 30 minutes.

3° La contraction musculaire est accompagnée des contractions simultanées des petits vaisseaux et l'organe devient exsangue. La con-

traction des vaisseaux disparaît, graduellement, avant le tétanos musculaire et n'est pas suivie de dilatation.

4° L'eau à 32 à 42°F détermine après 30 à 50 secondes, un tétanisme moins énergique et moins long que l'eau à 105 ou 110°F.

5° La constriction vasculaire étant suivie de dilatation, l'organe prend une teinte écarlate.

6° Le tétanisme se reproduit facilement à de courts intervalles quand on excite l'utérus à l'aide de l'eau chaude; il ne se reproduit qu'à un long intervalle avec de l'eau froide.

7° Un fort courant faradique agit comme l'eau chaude et produit le même tétanisme.

Ces données peuvent servir à éclairer les gynécologues sur l'emploi des irrigations dans le traitement des affections utérines.

E. H.

—

LA CRANIOTOMIE EN ANGLETERRE.

Voici les conclusions d'un travail lu par Robert Barnes, un des accoucheurs anglais les plus en vue, à la *British medical Association* en octobre 1886.

« 1° La *tendance* scientifique actuelle est d'éliminer la craniotomie de la pratique obstétricale lorsque l'enfant est vivant ou viable.

2° Les perfectionnements de l'hygiène, les modifications du forceps rapetissent de plus en plus le champ de cette opération;

3° Quand le bassin est vicié de telle sorte que la délivrance par les voies naturelles ne puisse être effectuée sans compromettre la vie de la mère, l'opération de Porro est plus légitime que la craniotomie, en écartant, bien entendu, l'opportunité préalable de l'avortement provoqué;

4° Si le bassin tout en étant vicié, permet jusqu'à un certain point de compter obtenir l'enfant par les voies naturelles, la question de l'avortement étant toujours réservée, il y a lieu, quand même la craniotomie devrait à peu près sûrement sauver la femme, de songer encore à choisir entre cette alternative et l'opération césarienne;

5° Dans les cas où le bassin est seulement rétréci de 3 1/2 à 3 1/4 pouces, la certitude étant presque absolue de sauver la mère par la craniotomie, avec possibilité d'avoir à une autre grossesse un enfant vivant, la craniotomie s'impose;

6° Lorsqu'il s'agit d'autres causes de dystocie que la viciation du bassin, de tumeurs ovariennes, par exemple, la craniotomie semble indiquée comme devant précéder l'ablation de la tumeur;

7° Si cette ablation était impraticable, il faudrait recourir à l'opération de Porro;

8° Dans la rupture de l'utérus, cette opération met d'accord l'intérêt de la mère et de l'enfant ;

9° Elle est nécessaire également s'il y a maladie ou tumeur de l'utérus mettant obstacle à l'accouchement ;

10° Avec une atrésie du col ou du vagin, on peut être obligé de recourir à l'opération césarienne ou à la craniotomie, mais parfois les incisions et la dilatation graduelle ont raison du rétrécissement ;

11° Si l'obstacle est dû à l'hydrocéphalie ou à une hydropisie de l'enfant, l'embryotomie ou la ponction peuvent être nécessaires ;

12° Dans les convulsions et l'hémorrhagie, il ne faut en venir à la craniotomie qu'après avoir essayé d'amener l'accouchement quand même. »

Nous citons ces thèses de Robert Barnes, non parce que nous les admettons toutes, mais parce qu'il ne nous déplaît pas de constater cette *tendance scientifique actuelle d'éliminer la craniotomie de la pratique obstétricale lorsque l'enfant est vivant ou viable.* Il fallait dans le temps un certain courage aux accoucheurs catholiques pour soutenir que le sacrifice de l'enfant n'était pas susceptible d'une justification complète (1) et répugnait au droit naturel, à la loi morale et à la loi religieuse. On voit qu'aujourd'hui, même en Angleterre — où l'on a beaucoup et longtemps abusé des crochets tranchants et des perforateurs — la *tendance scientifique* est de se rapprocher de l'enseignement constant de l'Eglise. E. H.

—

NOUVEAU TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE DU NOUVEAU-NÉ.

Le Dr Sharp fait connaître dans le *Medical Record* (3 juillet 1887) un nouveau moyen très simple et qu'il a découvert par hasard, de combattre l'asphyxie des nouveau-nés. Après avoir un jour essayé vainement le procédé de Marshall Hall, le Dr Sharp, attendant un drap pour envelopper l'enfant qu'il croyait mort, tenait celui ci de la main droite par les pieds tandis que le dos reposait sur sa main gauche située plus bas, et est fort étonné de voir un mouvement respiratoire se produire. Il dépose le nouveau-né sur un lit et il essaie inutilement de le faire respirer artificiellement, mais une manœuvre fortuite replace l'enfant à peu près dans la position qu'il occupait tout à l'heure et un nouveau mouvement respiratoire se produit. Le Dr Sharp attribuant les inspirations qu'il vient de constater à une modification de la circulation cérébrale, produite par la position déclive, laisse l'en-

(1) V. *De l'avortement et du fœticide médical*, par L. J. Hubert. Bull. de l'Acad. de méd., 1852.

fant ainsi incliné pendant quelque temps et a la satisfaction de voir peu à peu la respiration s'établir et prendre son rythme normal. Il a depuis sauvé, par inversion, plusieurs enfants chez lesquels les méthodes ordinaires de pneumatogénie avaient échoué. E. H.

—

DE L'ACTION ANTITUBERCULEUSE DE L'IODOFORME.

Nous avons indiqué dans la *Revue* (n° d'avril 1887) de quelle manière le prof. König envisageait la question, tant discutée et toujours ouverte, de l'efficacité de l'iodoforme dans les tuberculoses locales.

Rappelons que Rovsing a cherché à démontrer par l'expérimentation que l'iodoforme n'avait aucune valeur dans la tuberculose *(Forschritte der Med.* 1887, n° 9); il a procédé de la manière suivante :

De la matière tuberculeuse, provenant du poumon d'un lapin fraîchement tué, fut broyée énergiquement avec une quantité d'iodoforme cinq fois plus considérable, puis, le mélange inoculé dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin. Non seulement il en résulta une tuberculose locale suivie d'une tuberculose généralisée, comme dans les inoculations de matière tuberculeuse pure, mais l'infection parut se produire plus rapidement encore que dans ce dernier cas, probablement sous l'influence de l'irritation déterminée par le médicament.

Mais, comme le fait remarquer le Dr Asch (*Therap. Monats*, 1887, n° 5), on ne peut tirer de ces expériences, quelque intéressantes qu'elles soient, aucune conclusion relativement à l'emploi chirurgical de l'iodoforme dans les processus tuberculeux.

Le Dr Behring a exprimé une opinion qui permettrait de concilier les résultats contradictoires des expériences de laboratoire et de l'expérimentation clinique : l'iodoforme ne développerait son action antiseptique que dans les cas où il viendrait en présence de principes chimiques capables d'entraîner sa décomposition.

Quoiqu'il en soit, le prof. Brüns est revenu sur cette question dans une communication au dernier *Congrès des chirurgiens allemands;* nous croyons devoir analyser cette communication.

Il s'est produit bien des opinions contradictoires au sujet de l'action de l'iodoforme dans la tuberculose : les uns ont cru constater que l'iodoforme n'exerçait sur le processus tuberculeux aucune action spéciale et, à cause de cela, en ont abandonné l'emploi ; d'autres, tout en écartant également la spécificité d'action de l'iodoforme sur les tissus tuberculeux, n'ont pas contesté l'utilité du médicament après les opérations pratiquées sur ces tissus : il diminuerait au moins les chances de récidive de la tuberculose, en favorisant le bourgeonne-

ment et en provoquant une cicatrisation rapide. Cette opinion, actuellement la plus répandue, est, comme nous l'avons vu, celle que défend le prof. König. D'autres enfin, comme Mosetig-Moorhof, attribuent à l'iodoforme une vertu spéciale, spécifique même, sur les tissus tuberculeux.

Il n'y a pas lieu de s'étonner, d'après le prof. Brüns, du désaccord régnant entre les chirurgiens sur cet objet : en effet, dans la plupart des cas où on emploie l'iodoforme, la question est difficile à résoudre.

Ainsi, si on cherche à obtenir la guérison d'ulcères ou de fistules tuberculeux au moyen de simples applications d'iodoforme et qu'on échoue, on n'est pas en droit de s'en prendre au remède, car on peut toujours objecter qu'il n'a pas pu venir en contact avec tous les tissus infectés, spécialement quand il s'agit de fistules, où il y a toujours des clapiers ou des embranchements inacessibles.

D'autre part, si on a cherché à enlever un foyer tuberculeux quelconque au moyen d'une opération et qu'on traite la plaie opératoire avec l'iodoforme, on ne sera pas non plus autorisé à attribuer au médicament le bénéfice de la guérison, car, au moyen d'une intervention opératoire, on peut obtenir également, sans le secours de l'iodoforme, des guérisons radicales.

La solution de la question n'est susceptible d'être fournie, continue l'auteur, que dans les cas où l'iodoforme seul peut être mis en cause : c'est ce qui a lieu dans le traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme.

Nous avons eu l'occasion de traiter plusieurs fois déjà dans la *Revue* de cette méthode, et d'insister sur son efficacité : nous n'y reviendrons par conséquent que pour signaler la particularité suivante du *modus faciendi* dont nous n'avons pas parlé. L'injection terminée, il sera utile de fermer l'ouverture de la ponction au moyen de collodion iodoformé, afin d'empêcher l'issue du mélange.

L'expérience du prof. Brüns porte sur 54 cas qui lui ont fourni au moins 40 guérisons ; le résultat lui paraît d'autant plus remarquable que la guérison des abcès froids ou ossifluents était très difficile par les moyens autrefois en vigueur.

Assurément, c'est à la nature tuberculeuse de la plupart des abcès de cette espèce qu'il faut attribuer les difficultés ou les lenteurs de la guérison ; il y a lieu d'accuser spécialement la présence d'une membrane infectée de tuberculose.

L'efficacité si remarquable des injections d'iodoforme ne peut donc être interprétée autrement qu'en admettant une action antituberculeuse locale du remède.

Il ne s'agit nullement, en effet, d'une destruction des tissus infectés

par cautérisation ou de leur élimination par un travail inflammatoire, les injections d'iodoforme dans les abcès froids n'éveillant aucune réaction.

C'est le contact intime de l'iodoforme avec les chairs infectées qui les modifie à la longue, et les transforme en tissu de bonne nature. Peut-être, la présence d'un pus riche en matières grasses favorise-t-elle dans le cas présent l'action du remède : il se dissoudrait plus abondamment dans les sécrétions et se transformerait plus facilement en iode.

Le prof. Brüns a cherché d'ailleurs à se rendre compte directement des transformations que l'iodoforme fait subir aux parois des abcès froids. Chez un certain nombre de malades, il a ouvert les abcès un temps variable après l'injection, dans le but d'extirper une partie ou la totalité de leurs parois. De cette façon, il s'est procuré une série de membranes à toutes les phases de transformation et les a fait soumettre à l'examen microscopique; bien entendu, les parois examinées appartenaient à des abcès dont la nature tuberculeuse était incontestable.

Voici quels furent les résultats intéressants de l'examen : la disparition des bacilles tuberculeux dans les parois des abcès quelques semaines après l'injection est constante, alors que les organismes se retrouvent avec la même abondance dans d'autres foyers de même nature qui n'ont pas été soumis au traitement et servent de contrôle. Les tubercules deviennent simultanément de plus en plus rares et finissent par disparaître tout à fait sous l'action d'une prolifération cellulaire abondante. Dans la couche de cellules fusiformes de nouvelle formation, se produit un tissu vasculaire analogue à celui des granulations normales, tandis que les tissus tuberculeux nécrosés s'éliminent des parois et finissent par se mêler au contenu liquide de la cavité. Puis, quand tout le tissu tuberculeux a disparu, les vaisseaux des granulations s'oblitèrent, celles-ci se transforment en tissu conjonctif, l'exsudation cesse et le contenu se résorbe; finalement, les parois subissent la rétraction cicatricielle qui oblitère la cavité.

Il ne s'agit pas ici d'expériences sur les animaux ni de cultures de microbes *in vitro*, mais de faits constatés sur l'homme malade lui-même.

Les résultats de l'expérience clinique et les données de l'examen anatomique établissent ainsi à l'évidence, dit l'auteur, que, dans le traitement des abcès froids, l'iodoforme a la propriété d'anéantir par son contact l'unique agent tuberculeux, le bacille, et de forcer de cette manière les tubercules à se flétrir et à disparaître.

L'action antituberculeuse de l'iodoforme est par conséquent, d'après lui, *spécifique, antibacillaire.* L. D.

DE QUELQUES NOUVELLES MÉDICATIONS CONTRE LA BLENNORRHAGIE.

Nous ne parlerons du *traitement abortif* que pour signaler la manière dont nous procédons dans les cas récents, lorsque les sujets se présentent du 4me au 10me jour après l'infection et que la blennorrhagie n'occupe encore qu'une portion limitée du canal.

Nous prescrivons deux solutions, l'une de cocaïne à 10 p. c., l'autre de nitrate d'argent à 4 ou 5 %; nous nous servons de la première pour anesthésier la muqueuse uréthrale avant l'injection légèrement caustique de nitrate d'argent; nous faisons donc pratiquer d'abord une injection à la cocaïne; elle est conservée dans l'urèthre pendant 10 à 15 minutes; nous la faisons suivre d'une injection au nitrate d'argent, celle-ci peu abondante (10 à 15 gouttes), car il est inutile d'agir sur les parties encore saines de la muqueuse; cette seconde injection est conservée deux à cinq minutes.

Nous faisons répéter cette double injection trois fois dans les vingt quatre heures, puis, nous nous bornons à faire de l'expectation simple pendant les quatre ou cinq jours qui suivent. Dans cet intervalle, les signes de l'uréthrite développée par les injections irritantes (écoulement plus ou moins abondant de sang et de liquide séreux, douleurs d'intensité modérée, accusées surtout au moment de la miction) se dissipent à peu près complètement, et, si la blennorrhagie a été coupée, tout rentre dans l'ordre dès ce moment; au contraire, si le traitement a échoué, on s'en aperçoit par le retour de l'écoulement purulent caractéristique.

Nous considérons cette manière de faire comme absolument inoffensive; en tous cas, elle est très supportable pour le malade, et elle nous a permis plusieurs fois de juguler la blennorrhagie commençante.

Etat aigu. Le traitement interne par les balsamiques et le traitement local par les antiseptiques se disputent toujours la préférence.

Traitement interne. Une communication du Dr Posner à la *Société médicale* de Berlin, rapportée dans le *Scalpel* (1887, n° 40) a essayé de réhabiliter le traitement de la gonorrhée par les médicaments internes, en présence des insuccès et des inconvénients de la médication locale, basée sur la nature parasitaire de la maladie.

Mais, au lieu du copahu et du cubèbe, l'auteur a préconisé l'*essence de santal* qui a l'avantage d'être mieux tolérée que les premiers médicaments : c'est particulièrement dans les cas où la blennorrhagie est compliquée d'épididymite, de cystite et de prostatite que l'essence de santal est avantageuse; non-seulement les injections sont alors généralement contre-indiquées, mais le médicament exerce une action très salutaire sur les complications en question : il calme rapidement le ténesme et les douleurs et fait disparaître les troubles de l'urine.

Les Drs Lublinski et Casper ont confirmé les observations du Dr Posner, en ce qui concerne la supériorité de l'essence de santal sur le copahu : l'estomac le supporte beaucoup mieux et son efficacité est surtout remarquable, lorsque la gonorrhée occupe déjà les parties postérieures de l'urèthre.

Depuis, le Dr Rosenberg s'est occupé également de l'essence de santal dans le *Thérap. Monatshefte* (juin 1887); il a constaté, de même que les auteurs précédemment cités, l'utilité du médicament dans la blennorrhagie récente et dans les complications prostatiques ou vésicales qui en dérivent. Dans le ténesme de la cystite en particulier — symptôme contre lequel les autres médicaments internes échouent si fréquemment — l'effet est remarquable et rapide.

L'auteur a également employé le santal dans les cystites chroniques d'une autre origine que la blennorrhagie, après l'usage infructueux d'autres médicaments internes et en présence de l'impossibilité d'instituer une médication locale; sans obtenir la guérison, il a vu ainsi les caractères de l'urine de modifier sensiblement.

Toutefois, l'essence de santal est susceptible d'entraîner des inconvénients dans certains cas : de la répugnance pour le remède, de la soif, des troubles gastriques et intestinaux, de l'érythème, etc., mais, nous le répétons, ces symptômes sont beaucoup plus rares qu'avec le copahu, et nous pouvons confirmer cette particularité, d'après ce que nous avons observé nous-même.

Le Dr Rosenberg a observé très exceptionnellement des symptômes d'irritation vive de l'appareil urinaire : hématurie, irritation vésicale, sensation de brûlure dans l'urèthre pendant la miction.

Dans les cas très bien établis de gonorrhée chronique, le santal se montre peu efficace, d'après la généralité des auteurs.

L'essence de santal s'administre comme telle ou bien renfermée dans des capsules : la dose est de 10 à 25 gouttes à la fois, répétées trois à quatre fois par jour. Il y a plusieurs sortes de capsules dans le commerce : les plus recherchées seraient celles que l'on désigne sous le nom de « *Santal Midy* », les malades prennent 10 à 12 capsules contenant 5 gouttes par jour ; la quantité peut être notablement augmentée. Quand on donne l'huile même, on fera bien de l'aromatiser avec de l'essence de menthe.

Traitement local. M. Thiery, dans le *Progrès médical* (5 mars 1887), a préconisé les *injections à l'iodoforme*, ce médicament lui ayant paru recommandable par sa valeur antiseptique, par la facilité avec laquelle il est absorbé au niveau d'une muqueuse dénudée et enfin par son action analgésiante bien connue.

Voici la technique qu'il a adoptée :

Partant de ce fait d'observation que la plupart des traitements de ce genre échouent dans la blennorrhagie, parce que les malades ne savent pas faire les injections, il a tenu à les pratiquer lui-même.

Il s'est d'abord servi de l'éther iodoformé à saturation, mais l'injection était très douloureuse; en dernier lieu, il s'est servi de l'iodoforme porphyrisé aussi complètement que possible et mis en suspension dans l'huile d'amandes douces par simple agitation du liquide. Dans le principe, il faisait précéder chaque injection d'un lavage du canal, mais, comme il le dit, la meilleure injection détersive, c'est la miction que le malade exécute quelques instants avant l'injection médicamenteuse.

La quantité injectée en une fois a été de 8 grammes environ du mélange : le patient, au moyen du doigt appliqué sur le méat, garde l'injection 20 minutes environ : les injections ont été pratiquées une ou deux fois par jour. Le résultat a été satisfaisant, puisque la moyenne de la durée du traitement nécessaire n'a été que de treize jours. Un inconvénient de cette médication, c'est l'odeur révélatrice de l'iodoforme; cependant, on peut mitiger celle-ci au moyen de diverses essences.

Au lieu d'huile d'amandes douces comme véhicule de l'iodoforme, Dujardin-Beaumetz s'est servi avec succès de la vaseline liquide.

D'autre part, M. Crivelli (*Thérap. contemporaine*, 1887, n° 16), se basant sur une statistique qu'il a dressée, déclare que de toutes les substances employées en injections, c'est la *résorcine* qui fournit les effets les plus certains.

En outre, l'amélioration est rapide : les injections de résorcine ne sont nullement douloureuses et peuvent être faites trois et quatre fois par jour; sous leur influence,les douleurs cessent vite, l'inflammation disparaît et l'écoulement devient séreux et transparent. On doit faire usage de solutions à 2 °/₀, à 3 ou 4 °/₀.

Ajoutons que la résorcine est également appréciée favorablement par plusieurs autres auteurs.

Dans ces derniers temps, les *sels de thalline* ont été considérés comme de véritables antidotes du virus blennorrhagique. Le Dr Goll, de Zurich (*Correspond. Bl. f. Schwei. Aerzte*, 1887, n° 1), les a expérimentés avec succès : le sel employé a été le sulfate de thalline; à la concentration de 1 1/2 à 2 °/₀ dans les solutions, il lui a donné déjà des résultats remarquables.

Les injections avec la solution à 2 ou 2 1/2 °/₀ se montrèrent encore plus efficaces, mais provoquèrent quelquefois un peu d'irritation.

Dans les gonorrhées chroniques, dans les complications d'épididymite ou de cystite, les sels de thalline ne seraient pas non plus sans

avantages, soit en injections, soit incorporés dans des bougies médicamenteuses, soit même administrés à l'intérieur (25 centigrammes toutes les trois heures).

Blennorrhagie chronique. Contre cette affection si opiniâtre et souvent si rebelle au traitement, il faut agir par deux ordres de moyens : les uns, comme la sonde, agissent *mécaniquement;* ils distendent le canal, ils égalisent pour ainsi dire la surface de la muqueuse, hérissée par places de granulations inflammatoires, ils corrigent les rétrécissements, qui si souvent sont la cause de la persistance de l'écoulement : les autres, comme les substances désignées sous le nom d'astringents, agissent *chimiquement* sur la muqueuse enflammée.

Le Dr Unna, il y a quelques années déjà, a préconisé une méthode spéciale de traitement de la gonorrhée sur laquelle il est revenu récemment (*Therap. Monatshefte*, 1887, n° 5); elle est basée sur la combinaison du traitement mécanique et chimique, dont l'utilité, en cette matière, est aujourd'hui universellement acceptée.

Sans doute, l'indication du traitement mécanique peut être remplie à l'aide de sondes rigides ordinaires, d'un calibre approprié, introduites dans l'urèthre; d'autre part, au moyen d'injections, de badigeonnages ou de bougies médicamenteuses, on peut satisfaire aux indications du traitement chimique. (Voir les articles sur la *Pyurie* dans la *Revue*, mai et juin 1883).

Mais le procédé que le Dr Unna a vulgarisé a pour but de satisfaire *simultanément* aux deux indications du traitement, et ainsi de le simplifier notablement, au grand profit du médecin comme du malade.

Dans ce procédé, on introduit dans l'urèthre, au moyen de la sonde, une pommade qui a une consistance ferme à la température de la chambre, mais qui se ramollit en un temps très court à la température du corps. Voici la formule à laquelle Unna s'est arrêté :

Butyr. Cacao	100 gr.
Cerae flavae	2 à 5 gr.
Argenti nitrici	1 gr.
Bals. peruviani	2 gr.

Suivant la température extérieure, on ajoute plus ou moins de cire, mais seulement, comme il est indiqué, dans les limites de 2 à 5 % du mélange; celui-ci a la consistance du beurre de cacao, consistance très ferme à la température ordinaire.

La solidification complète du beurre de cacao a lieu à 20° 1/2 C., il devient liquide à 33 1/2° ou 34°; en y ajoutant la quantité de cire indiquée, on élève jusqu'à 37° le point de fusion, et l'on obtient ainsi un mélange parfaitement approprié à l'usage indiqué.

Le beurre de cacao a en outre l'avantage d'être peu altérable, pas

du tout irritant et de se mêler facilement aux agents médicamenteux.

Les autres excipients proposés, tels que le mélange de 10 parties de paraffine et de 90 parties de vaseline, sont inférieurs au précédent, d'après l'auteur.

Le nitrate d'argent est dans le mélange l'agent modificateur de la muqueuse; d'après l'expérience qu'il a acquise, Unna le préfère pour la sûreté et la promptitude du résultat à d'autres substances, comme la résorcine ou les sels de zinc, mais le nitrate d'argent se détruit rapidement à l'air au contact de la lumière et des poussières; aussi conviendra-t-il de ne pas charger les sondes du mélange longtemps à l'avance.

En ce qui concerne les corps gras, c'est dans les graisses hydrocarbonées, comme la vaseline et la paraffine, que le nitrate d'argent se conserve le mieux inaltéré; au contraire, la lanoline le réduit rapidement; le beurre de cacao se place sous ce rapport entre les deux; mais, en somme, il conserve suffisamment bien le nitrate d'argent pour l'usage indiqué.

Pour introduire dans l'urèthre le mélange, le Dr Unna se sert de sondes métalliques en étain qui présentent l'avantage de pouvoir recevoir une courbure variable, appropriée aux besoins : pour les fins calibres seulement, il y aurait lieu de choisir un métal plus résistant, mais flexible, le cuivre par exemple.

Voici comment on procède pour charger les sondes : le mélange indiqué, renfermé dans un flacon de verre obscur dans lequel il est conservé soigneusement, est amené au point de fusion au bain-marie; on l'agite quelque temps afin de bien répartir le nitrate d'argent dans la masse, puis, quand il est à peu près refroidi, mais encore liquide, on le laisse couler le long de la sonde tenue verticalement; au préalable on a donné à la sonde la courbure voulue; un petit vase recueille le mélange versé en excès. La sonde chargée, on la fait tourner, en la tenant par son extrémité libre, jusqu'à ce que la solidification commence; on évite ainsi une répartition inégale du mélange. On peut charger plusieurs sondes de calibre divers dans une même séance. Les praticiens peuvent aussi charger les sondes en les plongeant simplement dans le mélange fondu; on se servira alors de préférence d'un vase de forme cylindrique en verre obscur.

Il est préférable de ne se servir de la sonde ainsi recouverte que le lendemain, pour donner à l'enduit le temps de revenir exactement au point de fusion initial; car, après avoir été surchauffé, le mélange reste pendant quelque temps plus fusible; on conserve la sonde dans l'intervalle à l'abri de la poussière et de la lumière. Immédiatement avant l'emploi, on passe rapidement la sonde dans la filière Charrière — le

calibre est ordinairement augmenté par l'enduit de 1 ou de 2 numéros. On s'assure ainsi que l'instrument est recouvert partout d'une couche uniforme et on égalise au besoin la surface. Au préalable, on fait la toilette de l'urèthre, soit au moyen d'une injection, soit en faisant uriner le patient.

Quant au calibre de la sonde, on le choisit pour la première fois approximativement le même que celui du méat; si l'on rencontre ensuite de la résistance, par exemple en un point rétréci, on s'arrête quelques instants dans le but de laisser fondre une partie de l'enduit, puis si on éprouve de la difficulté à faire progresser la sonde au delà, on la retire pour la remplacer par une sonde de calibre moindre.

La sonde une fois introduite est laissée en place de 5 à 30 minutes suivant la tolérance : l'enduit qui la recouvre se fond en masse d'un coup, en moyenne après un séjour de 2 à 3 minutes dans l'urèthre, mais cet intervalle peut être prolongé, si l'on plonge la sonde dans l'eau froide avant de l'introduire.

La sonde retirée, on peut maintenir le mélange médicamenteux dans l'urèthre en appliquant sur le méat une petite boulette d'ouate fixée par du collodion élastique, mais cette pratique n'est nullement indispensable, car il reste toujours une quantité suffisante de l'enduit à la surface de l'urèthre.

Il convient de ne revenir à l'introduction de la sonde que tous les deux jours; on augmente graduellement le calibre comme pour le traitement des rétrécissements par la dilatation. On peut d'ailleurs passer plusieurs sondes dans une même séance. Pour le reste, rien n'est plus variable que le nombre des séances nécessaires pour arriver au résultat désiré : si des gonorrhées chroniques simples guérissent après 2 ou 3 introductions, d'autres, comme celles qui s'accompagnent de rétrécissement rebelle, demandent 30 ou 40 introductions.

On ne doit pas craindre que l'enduit qui recouvre le bec de la sonde produise des symptômes fâcheux du côté de la vessie en se fondant dans cet organe; d'ailleurs, rien n'est plus simple que de dégarnir cette extrémité de la sonde en la chauffant à la flamme et en essuyant l'enduit fondu; on peut de la même manière localiser l'action médicamenteuse à tel ou tel point déterminé de l'urèthre, mais cette précaution n'est pas nécessaire, puisque les parties saines peuvent supporter impunément le contact de la pommade.

Relativement aux indications, la méthode s'applique tout spécialement au traitement des gonorrhées anciennes, dont les rétrécissements sont l'aboutissant si fréquent : mais, même dans les cas plus récents, alors que la blennorrhagie après 4 ou 5 semaines de durée ne donne plus qu'un écoulement modéré, particulièrement le matin, elle peut être appliquée avec avantage.

Comme contre-indications, outre l'uréthrite aigue, il ne faut signaler que les complications aigues de cystite et d'épididymite.

Casper a proposé plusieurs modifications à la méthode d'Unna : elles consistent principalement dans l'emploi de sondes en maillechort présentant à leur surface une série de 6 cannelures longitudinales; ces cannelures qui se terminent à 5 centimètres du bec de l'instrument sont destinées à recevoir la pommade modificatrice.

Grâce à cette disposition, l'introduction des sondes serait rendue plus facile et la vessie toujours épargnée par l'agent médicamenteux; la pommade dont se sert Casper est préparée à la lanoline ; elle aurait l'avantage de pénétrer plus facilement dans la muqueuse ; en outre, on ne doit pas la chauffer avant d'en changer les sondes comme la pommade au beurre de cacao. Unna conteste fortement les avantages de la modification proposée par Casper et donne toujours la préférence aux sondes ordinaires en étain, à surface lisse, recouvertes d'enduit de la manière indiquée : cette méthode a fait ses preuves entre ses mains et celles d'autres auteurs, et elle met, d'après lui, à la disposition de tout praticien quelque peu exercé, une arme précieuse pour le traitement d'une affection aussi opiniâtre que démoralisante.

L. D.

—

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS L'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL, LA PÉRITONITE ET LA PERFORATION INTESTINALE.

Cette question a été l'objet d'une communication du prof. Madelung au *Congrès des chirurgiens allemands*.

L'auteur ne s'est pas occupé de l'occlusion chronique, mais bien de l'occlusion aigue. Quand celle-ci peut être diagnostiquée avec certitude, ce qui n'arrive pas toujours, il y a lieu de recourir à la *laparotomie*, c'est à dire à l'incision exploratrice du ventre, si on dispose d'un nombre d'aides suffisant, de toutes les ressources antiseptiques et d'un bon éclairage, et à l'*entérostomie*, c'est à dire à la formation d'un anus anormal, si ces conditions font défaut.

Il y a plusieurs manières de procéder quant à la laparotomie : ou bien faire une incision étendue le long de la ligne blanche, étaler la masse intestinale sur un linge chaud imprégné d'une solution antiseptique, rechercher l'obstacle et le lever par les moyens appropriés; ou bien ne faire qu'une incision suffisante pour pouvoir introduire la main, attirer par cette incision l'une après l'autre les anses intestinales au dehors, pour les inspecter et rechercher l'obstacle : ou bien enfin, ne pratiquer qu'une très petite incision et introduire les doigts dans la cavité abdominale à la recherche de l'obstacle. Cette dernière

méthode est la moins sûre, puisqu'on n'est pas guidé dans ses recherches par le sens de la vue, mais par contre, avec les deux premières, la réduction ultérieure des anses intestinales distendues en amont de l'obstacle peut-être hérissée de difficultés insurmontables.

On a bien proposé de ponctionner l'intestin pour en faciliter la réduction, mais l'auteur considère ces ponctions comme peu efficaces, la canule s'obstruant facilement, et comme dangereuses, le contenu intestinal pouvant s'écouler dans le péritoine après la réduction par le petit orifice laissé par la canule.

En somme, voici la règle de conduite qu'il a adoptée.

Il commence par faire le lavage de l'estomac, afin d'écarter autant que possible un accident redoutable qui a été noté plusieurs fois au cours de l'opération, la pénétration pendant la chloroformisation des matières fécales dans les voies aériennes sous l'influence des vomissements.

Le sujet endormi, il fait une incision peu étendue, de quelques centimètres seulement, le long de la ligne blanche, attire une anse intestinale distendue, la maintient au dehors au moyen de deux ligatures passées dans son mésentère, et l'incise. Il obtient ainsi l'issue d'une quantité notable des gaz et des matières fécales, en s'aidant au besoin d'une sonde molle de Nélaton introduite dans l'intestin; il attend un quart d'heure à une demi-heure, jusqu'à ce que l'écoulement ait cessé.

Alors, il applique sur chaque bout de l'anse attirée une ligature circulaire qui empêche la plaie intestinale d'être souillée pendant la suture; cette suture achevée, ces ligatures provisoires sont enlevées.

Cela fait, il désinfecte de nouveau le champ opératoire, agrandit au besoin l'incision abdominale et recherche avec soin en explorant l'intestin le siège de l'étranglement. L'obstacle trouvé, il le lève, soit en dégageant l'intestin, soit en coupant une bride, etc., mais s'il ne peut parvenir à lever l'obstacle, il pratique un anus contre nature. Quand la première incision ne le conduit pas sur l'obstacle, il n'hésite pas à pratiquer une seconde incision des parois abdominales dans une direction appropriée.

Pour que l'opération réussisse, il importe que l'étranglement soit diagnostiqué de bonne heure : elle est ingrate, quand les sujets sont déjà dans le collapsus.

Il ne faut pas perdre de vue que certains cas d'étranglement peuvent emporter le malade en 12 ou 24 heures : l'empoisonnement septique est la cause la plus fréquente de la mort, même chez bon nombre de sujets opérés avec succès.

La péritonite partielle ou généralisée n'est pas une contre-indica-

tion à l'opération, puisqu'il y a des exemples de guérison de cette affection par la laparotomie, au moyen de lavages antiseptiques par exemple.

Dans la discussion qui suivit la communication du Dr Madelung, le Dr Rydygier fit ressortir combien il importe pour les indications de la laparotomie de pouvoir préciser la nature et le siège de l'étranglement ; malheureusement la chose est difficile.

Il y a lieu de regretter aussi l'emploi de certaines pratiques prétendûment inoffensives, auxquelles on a recours avant de se décider à l'intervention chirurgicale ; elle font perdre un temps précieux, et à ce titre, elles mériteraient plutôt le nom de pratiques dangereuses.

Il ne peut admettre, par ex., que le lavage de l'estomac — qui, comme on sait, a été recommandé dans l'étranglement intestinal — puisse guérir un cas grave d'iléus.

Le Dr Credé calcule le siège de l'étranglement d'après le temps écoulé depuis l'ingestion d'aliments jusqu'au moment où les douleurs se déclarent.

Le prof. Mikulicz insiste sur les difficultés de la laparotomie comparativement à celles de l'entérostomie.

Du reste, il n'est partisan de l'intervention chirurgicale que dans le cas où le diagnostic peut être posé avec certitude ; dans les cas douteux, et aussi longtemps que la situation n'est pas très grave, il préfère l'expectation, un certain nombre de cas d'iléus se terminant favorablement par le seul traitement médical.

Le prof. Schede est à peu près du même avis ; le diagnostic de l'étranglement est souvent obscur, et l'on voit peut-être plus de la moitié des cas diagnostiqués comme tels guérir par les prescriptions diététiques, l'opium, etc.

Sans doute, il y a des cas où l'étranglement se présente avec des symptômes graves et caractéristiques, et où le chirurgien doit intervenir sans tarder : la laparotomie est alors préférable en principe, mais elle n'est pas toujours recommandable, le sujet tombant facilement dans le collapsus pendant l'opération ; aussi vaudra-t-il souvent mieux de pratiquer d'abord un anus anormal et de laisser passer la période critique.

Schoenborn, tout en exceptant les cas où le diagnostic posé avec précision réclame plutôt la laparotomie, préfère aussi l'entérostomie ; il demande que l'ouverture pratiquée à l'intestin soit petite, afin de ne pas provoquer une déplétion trop brusque, parfois dangereuse de l'intestin.

Au même congrès, Kummell a signalé d'après une statistique, l'influence favorable de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ;

non-seulement l'opération n'a pas causé la mort, mais elle a souvent amélioré et même guéri l'affection diagnostiquée avec sûreté à l'ouverture du ventre. L'utilité de l'intervention est difficile à expliquer, mais tellement incontestable de l'avis de plusieurs chirurgiens qui ont pris la parole à ce sujet, qu'il y a lieu de préconiser l'opération : c'est à dire la simple incision du ventre, avec ou sans lavage antiseptique.

Ajoutons qu'à la Société de Chirurgie de Paris où la question de l'intervention dans les obstructions intestinales a été mise récemment en discussion, la plupart des orateurs se sont montrés plus favorables à l'entérostomie. Le diagnostic étant souvent difficile à faire, il vaudrait mieux se préoccuper exclusivement des accidents en pratiquant un anus contre nature, opération presque innocente qui procure au soulagement et au moins de la survie aux patients; la laparatomie donnerait souvent des résultats lamentables, même quand on peut la mener à bonne fin.

—

LA COCAÏNE DANS LES MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE ET DU LARYNX.

La cocaïne est non seulement très utile dans les opérations ou le simple examen des cavités nasale, pharyngienne ou laryngienne, mais elle rend encore des services dans plusieurs maladies de ces organes.

Ainsi, l'emploi de la cocaïne a été vanté dans le traitement du coryza aigu : d'après le *Bulletin de Thérapeutique* (15 janv. 1887), son action se fait sentir immédiatement, et, deux ou trois minutes après son application, le malade éprouve un très grand soulagement, qui souvent persiste d'une façon permanente. On voit la muqueuse du nez congestionnée s'affaisser; la céphalalgie, l'enchifrènement, le nasonnement disparaissent en même temps.

Moure a également écrit qu'un moyen simple et souvent efficace de traitement de la rhinite aigue est le badigeonnage de la muqueuse avec une solution au dixième de chlorhydrate de cocaïne; il a pour effet de faciliter immédiatement la respiration nasale, en réduisant la membrane tuméfiée à son volume normal.

Le Dr Chiari (*Wien. med. Wochenschrift*, 1887, nº 7-9) confirme de son côté l'utilité de la cocaïne dans le coryza. Le médicament peut être employé, de diverses façons, dans la cavité nasale. Ainsi, on se sert du chlorhydrate de cocaïne en nature, ou bien on le mêle avec du sucre en proportions variables (2 à 5 %); on fait une pommade avec la vaseline (5 %), ou bien encore, on fait des solutions plus ou moins concentrées du remède, de 5 à 20 %, suivant les sujets et suivant les indications; avec ce dernier mode d'application, on obtient un dosage

plus précis et on peut porter le remède plus exactement sur les parties malades. On porte la solution au moyen d'un pinceau, d'un boulette d'ouate, ou bien on en injecte avec une seringue une certaine quantité dans la narine.

Employée d'une façon ou de l'autre, la cocaïne dissipe le gonflement et l'hypérémie, fait cesser l'éternûment et les autres symptômes incommodes propres au coryza aigu, et cela, pendant une durée variable d'une demi heure à plusieurs heures.

En outre, si on revient fréquemment à l'emploi du remède, il est probable que la marche et la durée de l'affection sont influencées d'une manière favorable.

Semtschenko conseille dans le coryza des nourrissons de verser dans les narines deux gouttes d'une solution de cocaïne à 2 %, à quatre ou cinq reprises dans la journée : les enfants ne tardent pas à pouvoir reprendre le sein.

Dans les catarrhes chroniques du nez, la cocaïne a au moins l'avantage de dissiper passagèrement l'enchifrènement, grâce à la propriété qu'elle possède de diminuer le gonflement des parties.

D'après Chiari, elle servirait encore en provoquant la contraction des vaisseaux à faciliter le diagnostic entre l'hypertrophie des tissus et la simple hypérémie.

Enfin, dans les diverses névroses propagées par voie réflexe des fosses nasales, la cocaïne est incontestablement utile : on l'a recommandée également dans le catarrhe désigné sous le nom d'asthme des foins.

En ce qui concerne le pharynx, Chiari a observé que le badigeonnage, avec une solution à 5 % seulement, calme pour plusieurs heures la douleur de l'angine et diminue l'hypérémie, sans avoir d'influence toutefois sur la durée de la maladie ; que le badigeonnage avec une solution à 20 % rend moins pénible l'incision des abcès dans l'amygdalite phlegmoneuse, et que dans l'amygdalotomie, il supprime pendant l'opération les efforts de vomissements et, après l'opération, les douleurs de la déglutition.

Gouguenheim a signalé à la *Société de Thérapeutique* (27 avril 1887), et d'autres après lui, l'amélioration rapide obtenue par le badigeonnage du nez ou de la gorge dans les toux quinteuses, dans la coqueluche, dans les bronchites spasmodiques.

Lorsque les tentatives d'introduction de la sonde stomacale produisent un spasme du pharynx, la cocaïne favorise notablement le cathétérisme oesophagien et partant, le lavage de l'estomac.

Mais c'est dans les maladies du larynx qui nécessitent une intervention opératoire, que les avantages de la cocaïne sont les plus remarqua-

bles. Toutes les manœuvres peuvent être exécutées grâce à elle avec une facilité et une précision inconnues autrefois.

Dans les autres cas, le médicament est également précieux, soit en dissipant le gonflement et l'hypérémie de la laryngite aigue ou chronique, soit en calmant la toux provoquée par la sensation de chatouillement au larynx. C'est en badigeonnant le larynx que Chiari a obtenu l'amendement de la coqueluche.

Enfin, la cocaïne rend des services précieux dans les douleurs de la déglutition, provoquées par l'infiltration ou l'ulcération de l'épiglotte ou des aryténoïdes, principalement dans le cas de phtisie laryngée : la douleur peut être calmée pendant plusieurs heures, de manière à permettre au patient de prendre un repas copieux.

Sur le pharynx et le larynx, la cocaïne s'emploie exclusivement en badigeonnages, à l'aide de solutions de concentration diverse.

Le Dr Chiari a remarqué que l'effet obtenu était très variable, d'après les individus, non seulement quant au degré de l'anesthésie, mais encore quant à sa durée.

—

LA COCAÏNE DANS CERTAINES MALADIES DE LA PEAU.

Si la cocaïne appliquée sur la peau dont l'épiderme est intact ne produit aucun effet appréciable, il en est autrement lorsque l'épiderme est notablement aminci ou même manque tout à fait. C'est en tenant compte de cette particularité que le Dr Lustgarten (*Wien. med. Wochenschrift*, 1887, n° 12) a utilisé le médicament dans plusieurs maladies cutanées.

Dans l'eczéma, les indications ne comportent que les formes aigues ou subaigues, avec démangeaisons et poussées de vésicules : le badigeonnage répété une à deux fois par jour avec une solution à 2 % soulage notablement les malades.

Mais c'est principalement dans le traitement de l'eczéma des organes génitaux et de la région anale que la cocaïne s'est montrée utile. Cette affection s'accompagne habituellement de la macération et de l'élimination des couches épidermiques et provoque fréquemment un prurit intense.

L'auteur la prescrit en pommade, par exemple :

Cocaïne	40 centigr. à un gramme.
Lanoline	18 grammes.
Huile d'olives	2 grammes.

Deux fois par jour, on frictionne pendant quelques minutes les parties malades avec la pommade et on poudre par dessus.

Dans le prurit anal, on se sert encore de suppositoires renfermant 5 centigrammes de cocaïne.

La pommade au centième à la cocaïne se recommande encore pour le traitement des pertes de substance douloureuses de la peau : par exemple après les cautérisations médicamenteuses, dans l'herpès zoster gangréneux, etc.

Quand il s'agit de toucher les granulations avec le crayon de nitrate d'argent, la solution à 2 % de cocaïne, passée plusieurs fois, fait rapidement pâlir la surface et rend la cautérisation indolore.

Enfin l'auteur s'est servi de la cocaïne, mais en injections sous-cutanées, pour pratiquer sans douleur des injections hypodermiques de médicaments.

—

PHÉNOMÈNES D'INTOXICATION PAR LA COCAÏNE.

Il est aujourd'hui incontestable que des doses même très minimes de cocaïne peuvent produire des symptômes toxiques alarmants.

Quant à la nature de ces symptômes, nous trouvons d'abord des renseignements empruntés au *Médical Chronicle* par les *Archives médicales Belges* (1887 n° 1).

D'après Knapp, des maux de tête, des vertiges, des nausées, de la titubation avec pâleur de la peau et sueurs froides ont été le résultat d'une injection hypodermique répétée journellement à la dose de 5 à 6 centigrammes. Mayerhausen, de Fribourg, après avoir instillé de la cocaïne dans l'œil d'une jeune fille de 12 ans, la quantité absorbée pouvant à peine s'élever à 5 milligrammes, remarqua de la céphalalgie, de l'irritation de la gorge, des nausées et une paralysie passagère de la langue, effets qui ne se dissipèrent qu'après 24 heures.

La pâleur, la faiblesse, la perte de connaissanee et les sueurs froides ont été également notées par d'autres auteurs.

Le Dr Schilling a rapporté une observation très intéressante d'intoxication : une femme de 28 ans avait reçu dans la gencive une injection de 6 gouttes d'une solution de cocaïne à 20 %, afin de faciliter l'extraction d'une dent. L'opération faite, on remarqua l'altération profonde de ses traits et on la fit asseoir : quelques minutes après, elle se plaignit d'obscurcissement de la vue. Elle fut couchée horizontalement et on lui administra quelques stimulants. Quand le Dr Schilling fut appelé, elle était sans connaissance depuis une demi-heure ; la respiration était paisible, le pouls large et d'une tension modérée, le température normale, les yeux largement ouverts, les traits immobiles, les pupilles modérément dilatées, à peine sensibles à la lumière, la face un peu pâle ; la motilité, la sensibilité et toutes les fonctions sensorielles complètement suspendues.

A la suite de l'examen ophtalmoscopique, l'auteur crut pouvoir admettre un certain degré d'ischémie cérébrale et eut l'idée de recourir

aux inhalations de nitrite d'amyle. On fit inhaler à la malade trois gouttes de cette substance : tous les symptômes se dissipèrent rapidement et l'accident n'eut pas d'autres suites.

Voici un autre cas d'intoxication rapporté par le *Correspond. Blatt f. Schw. Aerz.* 1887, 15 mars).

Pour calmer une céphalalgie violente, un jeune pharmacien prit successivement, à trois quarts d'heure d'intervalle, deux doses de 5 centigrammes de cocaïne. Bientôt après, il remarqua que les extrémités devenaient insensibles, et ressentit comme un resserrement de la poitrine. Un quart d'heure plus tard, à l'arrivée du médecin, il déclara ne plus sentir les pieds ni les mains et être incapable de remuer les membres. L'innervation motrice, ainsi que la coordination des mouvements, était néanmoins conservée : il survint un tremblement violent des extrémités, qui étaient froides comme la glace au contact. Les pupilles modérement resserrées réagissaient lentement : le pouls était très accéléré, 130 à la minute, et filiforme, le cœur battait violemment. Le patient était animé, gesticulait beaucoup et se mit à délirer. On lui administra du café fort qu'il but avec avidité, la sensation de soif et de sécheresse de la bouche et du pharynx étant très vive : en même temps, on essaya de réchauffer les extrémités.

Le calme se fit progressivement : six heures plus tard, le pouls était revenu à la fréquence normale, et la sensibilité des pieds et des mains rétablie.

Voici un autre cas ou la dose ingérée fut beaucoup plus considérable, mais où cependant les phénomènes ne furent guère plus accusés.

Une personne, rapporte *The Lancet*, 1887, n° 1, prit par erreur près de 30 centigrammes de cocaïne à la fois : 20 minutes plus tard, elle éprouva des douleurs gastralgiques très vives, des nausées, la sensation de la tête prête à éclater, la perte de la vue, l'impossibilité de remuer les jambes. En même temps il y avait des troubles de la mémoire, de la somnolence, etc. Plus tard, il se déclara des contractures des extrémités inférieures, de l'engourdissement des mains.

Ces contractures se dissipèrent promptement, mais les vomissements et la perte du goût persistèrent pendant toute une journée, la faiblesse des extrémités, la parésie et l'anesthésie des doigts pendant trois jours.

Comme on le voit, les cas d'intoxication en apparence même les plus graves se sont terminés heureusement, et. ainsi que nous l'avons indiqué dans la *Revue*, on ne connaît jusqu'à présent aucun cas de mort par la cocaïne administrée à doses convenables; néanmoins il y a lieu de tenir compte dans la pratique des inconvénients, sinon des dangers de l'emploi de la cocaïne.

Les cas d'intoxication sont rares, il est vrai, et tiennent particulièrement à certaines idiosynchrasies impossibles à prévoir.

Ensuite, comme on peut le remarquer dans les observations que nous avons rapportées, la gravité des phénomènes toxiques n'est nullement proportionnelle à la dose employée.

Pour notre part, malgré un emploi fréquent de la cocaïne à des doses parfois considérables, nous n'avons observé encore qu'un seul cas où les phénomènes d'intoxication furent réellement alarmants pour le patient et son entourage, mais nous avons observé plusieurs fois de l'intoxication légère.

Dans les cas où les phénomènes toxiques persistent ou s'accentuent, on n'oubliera pas de recourir au nitrite d'amyle dont l'efficacité est démontrée. L. D.

—

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA PELADE.

Sous ce titre, les *Annales de dermatol. et de syphil.* (mars 1887) recommandent l'emploi des *vésicatoires volants répétés* dans le traitement de la pelade, d'après la pratique suivie dans le service du Dr Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis.

L'auteur rappelle que la nature de la pelade a été et est encore beaucoup discutée : les uns y voient une affection nettement parasitaire et contagieuse, les autres, une trophonévrose. En France, la plupart des dermatologistes sont éclectiques et admettent des alopécies d'origine différente, parasitaire ou nerveuse.

Quoi qu'il en soit de la nature de la maladie, le traitement suivant a été institué avec avantage dans une série de 29 cas : appliquer un vésicatoire aussi large que la plaque elle-même et le laisser en place jusqu'à la formation de bulles. Au bout de trois jours, lorsque la plaque est redevenue sèche, appliquer un nouveau vésicatoire, et ainsi de suite, 3, 4 jusqu'à 6 et même 10 vésicatoires.

S'il y a plusieurs plaques qui ne sont pas trop étendues, on peut appliquer le vésicatoire simultanément sur toutes. Il est également utile de faire raser le pourtour des plaques sur une étendue d'un centimètre environ.

Simultanément, l'auteur faisait frictionner la tête, matin et soir, avec la lotion suivante : Eau, 100 grammes ; essence de térébenthine, 20 grammes ; ammoniaque, 5 grammes.

Le traitement a toujours été bien supporté et la durée de la maladie n'a jamais dépassé trois mois, à compter à partir de l'application du traitement. Dans le plus grand nombre des cas, elle a atteint à peine deux mois, et dans plusieurs autres, l'amélioration a été d'une

rapidité frappante. Quelquefois après une série de 3 ou 4 vésicatoires, appliqués *coup sur coup*, ce qui est important, les cheveux ont commencé à repousser.

—

TRAITEMENT DES FRACTURES EN RETARD DE CONSOLIDATION.

Le Dr Helferich a indiqué au congrès des chirurgiens allemands le procédé suivant, destiné à activer la néoformation osseuse, dans les cas où elle est utile.

Il consiste à appliquer circulairement un tube de caoutchouc autour du membre au dessus du siège de la lésion; le tube est modérément serré et laissé à demeure dans le principe pendant une heure, puis graduellement de plus en plus longtemps.

L'hypérémie veineuse ainsi provoquée détermine une périostite ossifiante des parties malades et augmente la régénération osseuse.

Outre les cas de pseudarthroses et ceux où la formation du cal est simplement en retard après les fractures, la méthode est applicable au traitement de l'ostéomyélite et de la nécrose, lorsque la régénération osseuse est insuffisante et dans les fractures dites spontanées.

L'auteur pense qu'elle doit être essayée également dans le but d'accroître l'allongement de l'os après les luxations ou les fractures guéries avec raccourcissement et après les résections; elle est utile dans les paralysies infantiles ayant entraîné également le raccourcissement du membre, mais elle est contre-indiquée dans les affections osseuses tuberculeuses ou malignes et quand il y a des plaies étendues granuleuses.

La constriction n'étant pas trop forte, il n'y a pas lieu de craindre le développement de varices; on peut limiter d'ailleurs l'hypérémie à certaines régions, en exerçant sur le reste du membre une compression à l'aide de bandes.

—

DE L'ANTISEPSIE ET DE L'ASEPSIE DES PIÈCES DE PANSEMENT.

Le Dr Schlange a fait des recherches sur les pièces de pansement qu'on trouve dans le commerce et constaté qu'aucune n'était véritablement *antiseptique*. Même celles qui sont préparées au sublimé n'offrent sous ce rapport aucune garantie, lorsqu'elles sont imprégnées de produits albumineux qui précipitent le sel mercurique.

Il faut donc chercher à réaliser l'asepsie des pièces de pansement plutôt qu'à leur donner des propriétés antiseptiques : sous ce rapport les objets qui ont été placés pendant quelques minutes dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé sont *aseptiques*, c'est à dire dépourvus de microbes. Mais, comme l'emploi des pièces de panse-

ment humides n'est pas recommandable, on réalisera leur stérilisation de préférence en les exposant dans un appareil pendant quelques instants, à l'action de la vapeur chauffée à 100°.

Au Congrès où cette communication a été présentée, Volkmann a rappelé, — ce qu'on sait depuis longtemps, — qu'il ne faut pas songer à obtenir l'asepsie complète des plaies d'opération, mais tenir compte de la résistance des tissus vivants au développement des microbes.

—

MOYEN D'ASSURER L'ASEPSIE DES BATONNETS DE LAMINARIA.

Le Dr Dirner, dans le *Centralblatt für Gynœkologie*, 1887, n° 7, (*Therap. Monats.*, 1887, n° 6), fait observer que tous les phénomènes fâcheux survenant après l'emploi du laminaria ou des éponges préparées doivent être attribués exclusivement à l'action des microbes pathogènes introduits en même temps que ces agents dilatants. Il y a lieu de rejeter le procédé usité jusqu'à présent pour la conservation de ces produits, c'est à dire leur conservation à l'état sec : il est condamné par les principes rationnels de la désinfection ; l'auteur propose en conséquence de conserver les bâtonnets de laminaria, comme la soie et les éponges, c'est à dire en les maintenant dans une solution antiseptique jusqu'au moment où on doit s'en servir. Dans ce but, il recommande *une solution au centième de sublimé dans l'alcool absolu.* Le laminaria conservé dans cette solution, même pendant très longtemps, ne perd nullement la faculté de se gonfler par l'humidité.

—

GUÉRISON DES ATHÉROMES SANS EFFUSION DE SANG.

A la Société des médecins de Vienne, le professeur Weinlechner a indiqué le procédé suivant pour le traitement de l'athérôme : cautériser la peau sur une simple ligne, tirée sur la tumeur au moyen de l'acide azotique fumant; il se forme une croûte jaune qui noircit avec le temps : la tumeur se ratatine et s'élimine, puis les bords cutanés reviennent sur eux-mêmes et se cicatrisent. On peut hâter la guérison en enlevant avec des pinces la matière sébacée racornie, prête à s'éliminer.

Le procédé n'est applicable qu'aux personnes qui redoutent le bistouri plus que la douleur ; car il est douloureux et lent.

Le Dr Schmitz (*Therap. Monatsh.* 1887, n° 26) indique, d'après le prof. Nussbaum, un autre procédé de guérison des athérômes sans effusion de sang, qui aurait sur le précédent l'avantage de n'être nullement douloureux ; le voici :

Frotter la tumeur avec de l'éther d'abord, puis avec une solution

phéniquée à 5 % dans le but de désinfecter la peau ; enfoncer dans la tumeur un bistouri pointu et introduire dans le trajet de l'instrument un crayon de potasse caustique qu'on maintient quatre minutes en place.

Il se produit une croûte sous laquelle le contenu sébacé de la tumeur se ratatine, se saponifie en quelque sorte, en moyenne, il se laisse enlever au bout de quinze jours facilement au moyen de pinces. Le procédé trouve surtout son indication dans le traitement des loupes multiples du cuir chevelu, principalement chez la femme, et chez les travailleurs, l'application du pansement nécessaire après les opérations sanglantes présentant dans ces cas certaines difficultés.

Nussbaum n'a jamais vu survenir par cette méthode de l'érysipèle ou de la fièvre.

—

SALICYLATE DE SOUDE DANS L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE.

Dans une thèse de Paris, le salicylate de soude est vanté presque comme un spécifique de l'orchite blennorrhagique : au bout de quelques heures, il y aurait déjà une diminution de la douleur : elle disparaitrait complètement peu de temps après.

Mais c'est dans les cas aigus d'épididymite accompagnée de vaginalite, que le traitement est surtout efficace; il est sans effet, si l'inflammation du cordon domine la scène.

En outre, dans les cas traités par le salicylate, la résolution du gonflement est plus rapide et peut être achevée au moins de huit à dix jours : après un jour ou deux déjà, le malade pourrait se lever.

La médication se recommanderait par sa simplicité et son innocuité.

L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 30 *mai* 1887.

CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS DU BUREAU.

L'Académie a reçu de M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique :

A. Une copie de l'arrêté royal par lequel est agréée la nomination, comme membre honoraire, de M. H.-A. Lavocat, correspondant, ancien directeur de l'école vétérinaire de Toulouse;

B. Deux lettres de M. Van den Driessche, adjudant quartier-maître à Batavia, relatives au *béribéri*. — Renvoi à M. Barella, chargé de l'examen des autres communications sur le même objet;

C. Un exemplaire des recueils des *Procès-verbaux des séances des conseils provinciaux* (session de 1886);

— Depuis la dernière séance, l'Académie a perdu deux de ses membres honoraires, qui occupaient un rang distingué dans la science : M. le Dr Gosselin, décédé à Paris, le 30 avril dernier, à l'âge de 72 ans, et M. le Dr Vulpian, mort à 61 ans, le 18 mai courant. Tous deux étaient professeurs à la faculté de médecine de Paris; M. Gosselin était président de l'Académie des sciences pour l'année 1887, et M. Vulpian, secrétaire perpétuel du même corps savant.

— Des lettres de condoléance seront adressées aux familles respectives de ces membres, dont la Compagnie regrette vivement la perte.

— M. le Dr Ferrant, à Renaix, s'est déclaré l'auteur du mémoire de concours sur les soustractions sanguines portant les épigraphes suivants : *Occasio prœceps. Melius nullum quam anceps remedium.* Ce travail a été jugé digne de la récompense de 500 francs, et sera publié dans le Recueil des Mémoires, in-8°.

— En retirant l'ordre du jour qu'il avait déposé le 30 octobre 1886, M. Warlomont, membre titulaire, en a fait parvenir au bureau un autre, conçu en ces termes :

« L'Académie, estimant que la règlementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes, passe à l'ordre du jour. »

— M. Mœller, correspondant, a transmis également l'ordre du jour suivant :

« L'Académie de médecine, déclarant qu'il importe de prendre des mesures à l'effet de restreindre les conséquences morales et sanitaires de la prostitution et attendant les résultats de l'enquête annoncée, passe à l'ordre du jour. »

— Par lettre en date du 18 mai courant, M. Hayoit retire la conclusion qu'il a déposée à la dernière séance de l'Académie.

RAPPORTS, COMMUNICATION.

1. Rapport de la commission qui a examiné le travail de M. le Dr Bedoin, à Chambery, intitulé : *Les applications des propriétés antiseptiques du borax et de l'acide borique.* — M. Borlée, rapporteur.

M. Borlée établit d'abord comme principe que, dans la plupart des cas, telle méthode de pansement peut réussir aussi bien que telle autre, pourvu que les blessés soient placés dans de bonnes conditions hygiéniques, dans un air pur, souvent renouvelé, et qu'on éloigne de la surface des plaies les agents septiques, infectieux, c'est à dire que l'on ait soin de n'employer que des pièces de pansement très propres.

M. le rapporteur expose ensuite brièvement les diverses méthodes

de pansement préconisées pendant les dernières années. L'emploi de l'acide phénique, ou méthode de Lister, fut d'abord l'objet de ses réflexions. Il reconnaît que l'éminent chirurgien anglais a incontestablement imprimé un immense progrès à la chirurgie. Il rappelle que, néanmoins, il s'est plusieurs fois élevé à l'Académie contre la tendance exclusive, contre l'engouement exagéré des partisans de Lister. Il fait remarquer qu'il n'a pas été seul à soutenir cette thèse : que des chirurgiens très distingués ont aussi vivement critiqué la méthode dont il s'agit.

Abordant la méthode des pansements à l'alcool seul ou à l'alcool camphré; il affirme qu'il l'a employée avec succès à l'hôpital de Liège et dans la pratique civile. Il cite plusieurs chirurgiens éminents qui l'ont également adoptée.

Il constate que, loin de redouter le contact de l'air, beaucoup de praticiens, ne craignant aucunement les microbes, n'usent ni d'antiseptiques, ni de désinfectants ; ils traitent les plaies à découvert et quelques-uns emploient la ventilation.

Après ces préliminaires, M. Borlée donne un aperçu du travail de M. Bedoin. Ce médecin rappelle qu'il a communiqué, en 1876, ses premières recherches sur les propriétés antiseptiques du borax à l'Académie des sciences de Paris.

Déjà Dumas avait fait, en 1872, à la même Académie, une communication sur les propriétés antifermentescibles et antivirulentes du borax.

M. Bedoin signale divers emplois de cet agent dans les maladies des voies urinaires, dans le pansement des plaies, dans les affections des fosses nasales, des oreilles et des yeux.

De plus en plus, dit M. le rapporteur, l'acide borique est substitué, pour les pansements, à l'acide phénique, parce qu'il n'expose pas, comme ce dernier, à l'empoisonnement, et parce qu'il a l'avantage d'être inodore et de ne pas déterminer l'irritation des bords de la plaie.

La commission propose de déposer honorablement aux archives la communication de M. Bedoin et d'adresser des remerciements à l'auteur — Adopté.

2. Rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. le Dr Léon Desguin, à Anvers, intitulé : *Tumeur maligne costo-pleurale; résection de la plèvre et de deux côtes; guérison par première intention.* — M. le baron Michaux, rapporteur.

La commission estime que l'observation qui lui est soumise est intéressante au triple point de vue :

1° De la marche envahissante de la tumeur, qui n'a pas altéré la surface interne de la plèvre costale, malgré ses attaches ou adhérences à la surface externe de cette membrane;

2° De la récidive, après deux opérations incomplètes et insuffisantes;

3° Du succès obtenu par l'excision de la partie altérée de la plèvre costale et par la résection partielle de deux côtes correspondantes, opérations suivies de l'occlusion immédiate de la plaie, sans que l'on ait dû recourir au drainage.

La commission propose d'insérer le mémoire de M. le Dr Léon Desguin dans le Bulletin et d'adresser des remerciements à l'auteur. — Ces conclusions sont adoptées.

3. M. Willems, membre titulaire, lit un travail intitulé : *Observation d'un utérus double chez une fille de 22 ans.*

M. Gluge propose de soumettre à une commission l'examen de la pièce anatomo-pathologique présentée par M. Willems. L'insertion du travail serait ajournée.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Wasseige, membre titulaire, Hubert et Hyernaux, correspondants.

DISCUSSIONS.

1. L'ordre du jour appelle l'examen des conclusions déposées à la suite de la discussion de la communication de M. Thiry sur la prostitution.

Le bureau ayant reçu, sous la date du 27 mai courant, de M. le ministre de la justice une lettre qui a trait à la question, M. le secrétaire en donne lecture à l'assemblée.

« Monsieur le président,

» L'importante question de la réglementation de la prostitution, qui fait en ce moment l'objet de la discussion de l'Académie, est mise à l'étude par mon département.

» J'estime, Monsieur le président, qu'il est nécessaire de procéder à une enquête sur cette matière si controversée, afin de connaître exactement les avantages et les défauts du régime actuel.

» Je viens donc vous prier de demander à l'Académie de vouloir bien désigner quatre de ses membres qui seront appelés à faire partie de la commission qui sera chargée de procéder à la susdite enquête. »

En présence de la lettre de M. le ministre de la justice, M. Thiry propose de suspendre la discussion sur la prostitution et de la reprendre après la clôture de l'enquête dont il s'agit. — Cette proposition est adoptée.

Il est entendu que l'Académie se réserve de reprendre la discussion, si les circonstances le demandent.

L'Académie décide qu'elle procédera immédiatement, et au scrutin secret, à la désignation des quatre membres que M. le ministre désire voir nommer pour faire partie de la commission d'enquête.

Sont désignés : MM. Lefebvre, Janssens, Thiry et Moeller.

2. Discussion du rapport de la commission qui a examiné le travail de M. le Dr Deffernez, intitulé : *Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée.*

M. Kuborn, rapporteur.

Personne ne demandant la parole, cette discussion est ajournée à la prochaine séance.

M. le docteur Badaloni, de Fano et le prof. Van Overbeek, d'Utrecht sont nommés correspondants étrangers.

CORRESPONDANCE.

M. le Dr Burggraeve, professeur émérite de l'Université de Gand, le fondateur et l'apôtre de la Dosimétrie, nous a écrit le mois dernier une lettre charmante — que nous publierions volontiers s'il était décent de se vanter de ses bonnes fortunes — et dans laquelle il nous offre, pour la bibliothèque de la *Revue médicale*, toutes celles de ses publications qu'elle ne posséderait pas déjà.

Nous lui avons répondu :

Cher et vénéré Collègue,

Je ne sais comment vous remercier de l'intérêt affectueux dont vous voulez bien continuer de m'honorer, et je vous suis très reconnaissant de l'offre généreuse que vous faites à la *Revue médicale*. Vous ne lui en voulez donc pas trop de la réserve qu'elle a gardée jusqu'ici vis à vis de la *Dosimétrie*, sans doute parce que vous savez bien que ce n'est pas de sa part la « *conspiration du silence.* » Personnellement je suis sans autorité pour parler de votre méthode, et je voudrais laisser aux professeurs de thérapeutique ou de clinique interne le soin de donner un avis compétent. S'ils ne s'y décident pas un jour ou l'autre, je me risquerai peut-être à donner modestement, comme il convient, mon avis et voici, sur les principes de votre école, les idées que je développerais à mes risques et périls :

I. *Donner les médicaments jusqu'à effet.* Mais on ne peut pas discuter là-dessus... ne pas les donner jusqu'à effet serait trop bête!

II. Les donner sous la forme la plus facilement assimilable, la plus sûre, la moins répugnante. C'est encore du bon sens cela... un bon sens qui s'était un peu noyé dans les belles prescriptions polypharmaceutiques et les formules magistrales d'autrefois.

III. *Employer les alcaloïdes.* Sans doute ;—à condition cependant de connaître très exactement et leur action et le trouble fonctionnel

qu'il s'agit de réprimer, de modifier ou de diriger. Il faut qu'un couteau coupe et qu'une balle perce : ce qui ne veut pas dire qu'il faille mettre des rasoirs et des revolvers dans les mains des enfants. Les armes de précision, comme les médicaments actifs, excellentes dans des mains expertes, ne doivent pas être laissées dans des mains maladroites ou ignorantes.

IV. *Il faut juguler le mal : principiis obsta, serò medicina paratur.* Jugule-t-on la pleurésie, la pneumonie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, comme on jugule la fièvre paludéenne? Je ne me hasarde pas sur le terrain, qui n'est pas le mien, mais je puis affirmer qu'on jugule parfaitement l'infection puerpérale et la diphthérie — et je puis l'établir incontestablement par un grand nombre de faits dans lesquels j'ai eu le bonheur de pouvoir mettre le pied sur l'allumette qui brûlait déjà le tapis et qui allait faire flamber la maison.

V. *La fièvre, voilà l'ennemi.* C'est un de vos aphorismes favoris. Mais ici je ne suis plus si sûr, et dans les suites des couches — vous voyez avec quel soin je me cantonne dans ma compétence — je ne veux pas d'antithermiques. Voici pourquoi : l'hyperthermie est pour moi le meilleur indicateur des processus intra-utérins; or, si les médicaments me faussent mon thermomètre dans la main, je ne sais plus du tout où j'en suis, et l'abaissement factice de la chaleur peut m'endormir dans une fausse sécurité. Ce n'est pas abaisser artificiellement la température qu'il faut, c'est éteindre le foyer qui l'entretient et l'élève.

Vous voyez, cher Maître, que si je ne suis peut-être pas encore tout à fait mûr pour la Dosimétrie, mon éclectisme cependant en accepte tout ce qu'elle a de meilleur... presque tout.

Je vous demande pardon de cette profession de foi, débitée dans le ton familier d'une causerie... Si je suis obligé un jour d'en écrire une pour le public, moins indulgent que vous, je mettrai des manchettes.

Nous avons de vous : Le livre d'or; la collection complète du Répertoire; le monument à Jenner; votre grand ouvrage sur les appareils gypso-ouatés. Tout ce que vous voudrez bien nous envoyer sera reçu avec reconnaissance et lu avec toute l'attention due à toutes vos œuvres.

Veuillez agréer, cher et vénéré Maître, la nouvelle expression de mon profond respect et de mon ancienne affection.

Dr EUGÈNE HUBERT.

UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE.

Dans la séance du 28 mai dernier, M. le Dr Willems a lu à l'Académie de médecine, une observation de grossesse anormale, avec rupture du kyste fœtal ayant déterminé la mort de la femme. Des doutes s'étant élevés sur la nature de la pièce anatomique qui accompagnait la communication de M. Willems, une commission, composée de MM. Wasseige, Hyernaux et Hubert, fut chargée d'étudier cette pièce de plus près.

Voici le rapport présenté par M. Hubert, dans la séance suivante du 28 juin.

Messieurs, dans notre dernière réunion, notre honorable collègue M. Willems, nous a rapporté l'histoire, très intéressante, d'une jeune fille prise de violents maux de ventre et qui mourut subitement avec tous les signes d'une hémorrhagie interne.

Les grossesses extra-utérines se terminent souvent ainsi.

A l'autopsie, MM. Willems et Bamps trouvèrent dans la cavité abdominale de la morte, un fœtus d'environ quatre mois, baignant dans une grande quantité de sang. Ils enlevèrent les organes génitaux et crurent avoir affaire à une anomalie assez rare, un *uterus semipartitus* dont l'une des cavités aurait crevé, déversant le fœtus et le sang dans le péritoine.

La pièce anatomique a été mise sous vos yeux; des doutes se sont élevés sur sa nature, et, comme les difficultés que présente la différenciation de certaines variétés de grossesses anormales ne peuvent pas toujours être tranchées à première vue, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Wasseige, Hyernaux et moi, d'un examen plus approfondi. J'ai l'honneur de vous rendre compte de cet examen.

La pièce qui nous a été soumise se compose d'abord d'une matrice, longue de 10 centimètres et large de 5 vers son fond. Les ligaments larges ont été enlevés à gauche et l'organe a été fendu tout le long de son bord gauche; ses parois ont environ 1 centimètre d'épaisseur et sa cavité est vide.

Une légère dépression sépare à peine, à droite, la matrice d'une tumeur adhérente à son angle et à la partie supérieure de son bord; tumeur ovalaire, un peu aplatie d'avant en arrière, recouverte par le péritoine, mesurant 10 centimètres de longueur, 6 de largeur et 3 et demi d'épaisseur. Dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, elle s'écarte de plus en plus de la matrice et semble appendue à son angle supérieur droit. En bas elle se continue avec un bout de trompe, long de 4 centimètres et elle donne attache, en avant à un morceau de ligament rond, en arrière à l'ovaire droit.

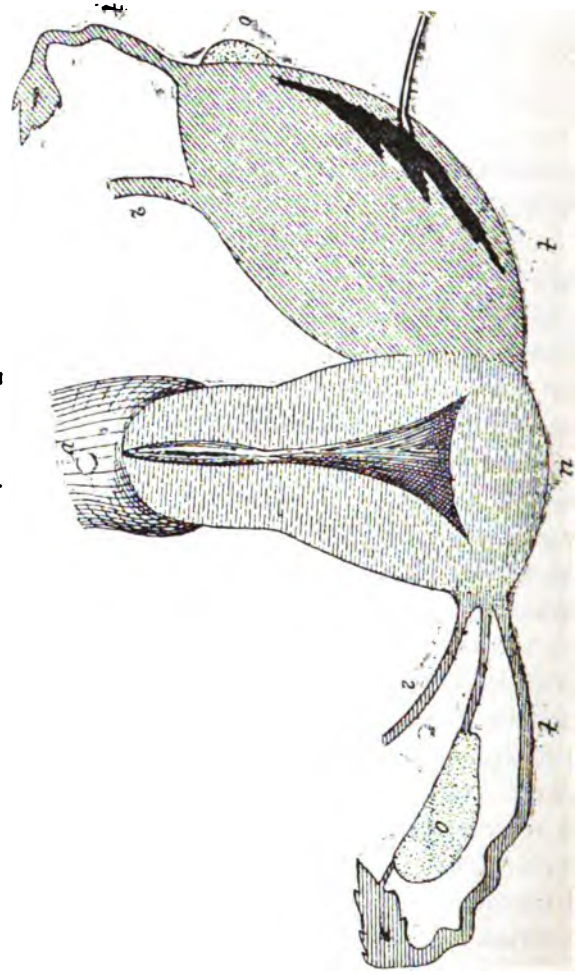

FIGURE SCHÉMATIQUE :

u. utérus — *o.o.* ovaires — *t.t.* trompes — *2.2.* ligaments ronds — *v.* vagin.

Ces dispositions suffiraient presque pour écarter, *a priori*, l'idée de deux utérus, car une seconde matrice ne serait pas soudée ou accolée à la première par le haut, mais bien par le bas, comme dans l'utérus bicorne, bifide ou didelphe, et, de plus, elle porterait l'ovaire et la trompe attachés à son fond, et non à l'endroit où devrait être son col. L'appareil génital féminin est formé par deux canaux de Muller dont les parties supérieures, toujours séparées et distinctes, donnent naissance aux ovaires et aux oviductes, tandis que les inférieures, vers la huitième semaine de la vie intra-utérine, se soudent et se confondent pour composer le vagin, d'abord, puis l'utérus. Les anomalies procèdent, soit d'un arrêt ou d'une régression dans le développement, soit du manque de coalescence des canaux de Muller, et cette absence de fusion, quand on l'observe, est toujours plus marquée vers le haut que vers le bas.

La tumeur qui flanque le côté droit de l'utérus, et qui a donné l'illusion d'une seconde matrice, présente à sa partie supérieure et externe une déchirure longue de 6 centimètres, à bords minces, anfractueux et déchiquetés, à travers laquelle on a accès dans une cavité remplie par une masse rougeâtre, spongieuse, coagulée par l'alcool. C'est un kyste fœtal, développé dans un aileron du péritoine et constitué par la dilatation de la moitié interne de l'oviducte droit. J'ai fendu l'ovaire droit dans le sens de sa longueur sans trouver de *corps jaune*; l'œuf développé dans la trompe droite provenait donc de l'ovaire gauche qui nous manque.

Conclusion : La pièce dont je viens de donner sommairement les caractères microscopiques est un beau spécimen de *grossesse tubaire proprement dite.*

J'écarte la variété *utéro-tubaire* parce que la cavité utérine est absolument vide, et la variété *tubo-interstitielle* parce qu'une incision pratiquée à l'endroit où la matrice et la tumeur se touchent vers le haut ne m'a pas permis de trouver de communication entre l'utérus et le kyste fœtal : il n'existe dans la tranche enlevée aucune trace de canal ou de muqueuse, et le microscope n'y découvre que des fibres lisses, des vaisseaux et du tissu conjonctif.

Un examen microscopique plus détaillé aurait exigé un temps qui m'a fait défaut, mais n'aurait pas rendu notre conclusion plus évi-

dente. Cet examen présenterait peut-être quelque intérêt pour les histologistes et, si l'Académie le désire, je suis prêt à l'entreprendre.

M. *Lefebvre*, président. — En présence du rapport assez complet de M. Hubert, croyez-vous, M. Willems, qu'il y ait lieu d'imprimer votre mémoire ?

M. *Willems*. — Lorsque j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie la pièce dont il s'agit, j'ai été guidé par des considérations d'intérêt scientifique et j'ai pensé que le fait, observé par mon confrère M. Bamps et par moi, valait la peine d'être publié.

Quoique dans l'espèce il ne s'agisse pas d'un utérus double proprement dit, nous avons constaté deux cavités juxtaposées, dont l'une renfermait le fœtus, et l'autre était un utérus parfaitement vide. Voulant conserver la pièce entière, nous ne l'avions pas disséquée, et M. Hubert vient de constater que la cavité renfermant le fœtus s'est arrêtée à quelques centimètres au-dessus du col, tout en s'éloignant notablement de celui-ci.

Quoi qu'il en soit, je crois que cette pièce pathologique est assez intéressante pour attirer l'attention des membres de l'Académie qui s'occupent spécialement de gynécologie.

M. *le Président*. — Si vous aviez conservé la pièce, il est évident que vous auriez pu vous livrer à un examen complet.

M. Willems. — Comme cette pièce me paraît assez intéressante, surtout au point de vue des circonstances qui ont accompagné sa découverte, je demande à l'Académie la permission de modifier ma note.

M. le Président. — Je le répète, vous n'avez pas pu vous livrer à un examen complet, parce que vous avez voulu réserver cet examen à l'Académie. Dans ces conditions, je crois que l'assemblée vous autorisera à faire la modification que vous demandez.

M. Gluge. — Messieurs, lorsque M. Willems a donné lecture de sa communication, dans la dernière séance, il m'avait paru (je n'avais pas vu la pièce pathologique de près) qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. La cavité utérine qui avait renfermé le fœtus n'avait pas un orifice vaginal. Or, dans l'observation rapportée par M. Rokitansky, dans la troisième édition de son *Anatomie pathologique*, il s'agit d'une femme qui avait succombé subitement à la suite d'une hémorrhagie et chez laquelle on a trouvé une matrice biloculaire. La cavité déchirée, qui avait renfermé le fœtus de trois mois ou trois mois et demi, avait un orifice vaginal fermé par un bouchon de gélatine. Or, dans le cas cité par M. Willems, cet orifice faisait défaut. Il a fallu avoir recours à un voyage fantastique des spermatozoaires de l'ovaire droit à l'ovaire gauche, ce qui n'est pas admissible.

J'estime que M. Willems a assez d'autres mérites pour n'avoir pas besoin de présenter une pièce semblable à l'Académie. Je l'engage donc à retirer sa communication qui pourrait nous attirer des désagréments. Le lecteur n'y comprendrait rien. Je pense que le conseil que je me permets de lui donner est le plus sage.

M. Willems. — Des exemples d'utérus anormaux, sans col, et qui ne communiquaient qu'avec la trompe, sont cités par les auteurs. Dans le Dictionnaire de Jaccoud, M. Lefort cite des spécimens semblables. Schrœder en relate également. Dans l'observation que j'ai présentée, j'ai admis la possibilité de la fécondation, soit par migration du sperme, soit par migration de l'œuf fécondé, ce qui du reste est admis par les auteurs.

Je n'ai pas de raison pour retirer ma communication, qui me semble assez importante pour être maintenue.

M. Hubert. — Je n'ai aucune peine à admettre cette migration, et il est évident pour moi que, dans le cas dont il s'agit, elle a eu lieu.

M. Willems. — C'est encore plus fort cela ; je n'ai émis, moi, que l'hypothèse.

M. Hubert. — Cette migration *doit* avoir eu lieu ; voici pourquoi. L'œuf s'est développé dans la trompe *droite;* or, l'ovaire de ce côté, l'ovaire droit, ne porte pas de trace de corps jaune. L'ovule fécondé est donc parti de l'ovaire *gauche* et, par conséquent, des deux choses l'une : ou bien cet ovule de l'ovaire *gauche* a cheminé dans la trompe gauche et a traversé la cavité utérine pour s'engager ensuite dans la trompe droite (ce qui ne me paraît pas admissible), ou bien cet ovule est tombé dans le péritoine et a fini par être recueilli par l'oviducte de l'autre côté.

Je me rappelle avoir vu à Strasbourg, chez l'éminent ovariotomiste Kœberlé, une pièce analogue à celle-ci : un embryon s'était développé dans un ovaire, et un examen minutieux a démontré que la trompe reliée à cet ovaire ne présentait aucune trace de canal et qu'il n'existait pas de conduits anormaux par où le sperme aurait pu arriver directement ; il avait donc dû faire le grand tour.

Dans l'observation de M. Willems, ce n'est pas le sperme, c'est l'ovule fécondé qui a effectué ce long voyage.

M. Willems. — Cela rend ma communication encore plus importante.

M. Gluge. — Je sais que des accoucheurs distingués ont admis cette migration dans le cas d'oblitération d'une trompe ; mais je crois que celle-ci avait eu lieu après la fécondation.

M. Hyernaux. — Les cas d'utérus biloculaires, à cloison complète, c'est à dire mesurant toute la hauteur de l'organe, sont rares et alors.

ainsi que vient de le faire remarquer l'honorable M. Gluge, il y a aussi double ouverture au col. En 1865, j'en ai rapporté et montré ici même un beau spécimen : deux fœtus, un dans chaque compartiment, s'étaient développés jusqu'à terme ; la femme succomba, après sa double délivrance, frappée d'éclampsie.

Mais ce qui est d'une rareté exceptionnelle, c'est de voir un utérus biloculaire, absolument double, avec une moitié perforée au col, l'autre moitié ne l'être pas, et celle-ci être précisément la partie qui contient le produit de la conception. Ces cas, dis-je, sont extrêmement rares, et ce sont précisément les mêmes qui sont toujours cités. C'est à l'occasion de ceux-là aussi que, pour expliquer la grossesse dans le compartiment clos, on a admis l'hypothèse de la migration externe de l'œuf ou des spermatozoïdes.

Dans le cas qui nous occupe, l'honorable M. Willems et son confrère de Hasselt, deux praticiens dont la valeur scientifique et professionnelle est connue, ont été, à cause d'un examen trop rapide, induits en erreur par des apparences évidemment trompeuses, ainsi que tous ici nous avons pu le constater à première vue.

Eh bien ! la méprise dans laquelle sont tombés MM. Willems et son confrère, n'a-t-elle pas été commise par d'autres observateurs, et les cas si rares, considérés et publiés comme des utérus doubles avec fœtus dans une cavité close, ne sont-ils pas assimilables à celui que nous avons sous les yeux ? Certains au moins d'entre eux n'étaient-ils pas, comme celui-ci, des cas de grossesse extra-utérine ? La chose me paraît possible, et M. Willems n'est sans doute pas le seul qui se soit trompé en semblable circonstance.

M. Thiry. — J'ai vu des pièces à peu près semblables, mais je dois dire que, dans ce cas, je ne comprends pas.

M. Hyernaux. — Je crois que les pièces aussi trompeuses que celle-ci ne sont pas très communes et que l'on compterait bien celles où la conception justifie l'hypothèse de la migration anormale de l'œuf ou des spermatozoaires.

M. le Président. — Le cas cité par M. Willems n'en est donc que plus intéressant.

M. Hyernaux. — Evidemment, il est très intéressant, et s'il a été l'occasion d'une erreur, je dirai que ce sont les erreurs qui instruisent.

M. Gluge. — Il n'y a que ceux qui ne font rien qui ne se trompent jamais.

Voici maintenant l'observation de M. Willems.

Messieurs, les cas de grossesses contre nature sont assez rares pour communiquer un certain intérêt à l'observation que j'ai l'honneur de vous apporter.

Le 30 novembre 1886, je fus appelé à 11 heures du matin auprès de Mlle X..., couturière, âgée de 22 ans. Elle était en proie à des douleurs du bas-ventre très vives, intermittentes, et à des vomissements. Ses règles faisaient défaut depuis quatre mois. La matrice débordait le pubis de deux travers de doigt, et le col, un peu ramolli vers le bas, n'avait subi aucune modification, ni de forme, ni de longueur, ni de perméabilité. Il n'y avait pas d'écoulement de sang, ni de mucosités.

Si la fausse couche paraissait imminente, elle n'était peut-être pas inévitable. Je prescrivis donc le repos absolu et les opiacés.

A 5 heures de l'après-midi on me rappelle en toute hâte; j'accours : la fille X... était déjà morte ! — Les téguments sont exsangues, le ventre est un peu tuméfié et le col de la matrice est resté absolument ce qu'il était le matin.

Que s'était-il passé et quelle était la cause de cette mort si subite ?

Les commentaires ne manquèrent pas, la justice s'émut et me chargea de rechercher avec mon honorable confrère, M. Bamps, la cause du décès.

Nous trouvâmes dans le péritoine une grande quantité de sang et de caillots et un petit fœtus d'environ quatre mois. Nous enlevâmes les organes génitaux et fûmes très étonnés de trouver, adhérente au côté droit d'une matrice, d'apparence normale et absolument vide, une tumeur à peu près du même volume, également recouverte par le péritoine, et qu'à première vue nous prîmes pour une seconde matrice. Cette poche était largement déchirée et contenait encore le placenta et les enveloppes de l'œuf. Le cordon ombilical passait à travers la déchirure. J'ai l'honneur de mettre les pièces sous vos yeux.

La mort de cette jeune fille résulte évidemment de la déchirure spontanée de la poche fœtale : une syncope mortelle a succédé à l'hémorrhagie abondante qui s'est produite brusquement dans le péritoine.

Comment s'est faite la fécondation en dehors de la matrice normale qui s'abouche dans le vagin ?

Il n'existe aucune communication entre la matrice et la cavité dans laquelle l'œuf s'est développé.

Une communication existait-elle auparavant ? ou bien le sperme

a-t-il cheminé par la trompe gauche pour arriver à l'ovaire droit ; ou bien encore, l'œuf de la trompe gauche a-t-il été repris par la trompe droite ?

Il est difficile de se prononcer.

OBSERVATIONS D'EMPLOI DE L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE DE M. CHASSAGNY.

OBS. XV. — *Pluripare à 8 mois ; placenta praevia central ; hémorrhagie ; en une heure l'appareil élytro-ptérygoïde procure l'effacement et la dilatation complète du col ; terminaison par version.* (Obs. recueillie par M. le Dr BOON, de Santhoven.)

M. le Professeur, je vous adresse le récit sommaire d'un accouchement dangereux qui m'a fortement impressionné et dont je garderai toujours le souvenir.

Le 18 de ce mois j'ai été appelé à 8 heures du soir, dans un village voisin, au secours d'une pauvre femme, l'épouse P., atteinte d'hémorrhagie grave.

Elle est arrivée au huitième mois d'une troisième grossesse et, se trouvant au lieu d'aisance, elle perd tout à coup une grande quantité de sang et tombe en syncope.

Je trouvai la femme affaissée dans son lit : ses téguments sont d'une pâleur cadavérique et le pouls radial est à peine perceptible. Le vagin est rempli de caillots ; le col n'est pas effacé, mais permet à mon doigt de passer et de constater que l'orifice interne est recouvert par le placenta, qui tapisse d'ailleurs tout le segment inférieur de la matrice.

L'enfant se présente par la voûte du crâne. J'administre du laudanum dans de l'eau de vie, et je fais appeler le prêtre pendant qu'on court chez moi chercher mes instruments.

A dix heures du soir tout est prêt et j'applique l'appareil élytro-ptérygoïde qu'une voisine maintient parfaitement en place. L'hémorrhagie, qui n'a pas discontinué jusqu'ici, s'arrête instantanément ; des

douleurs se montrent de plus en plus fortes et au bout d'*une heure* d'application je retire la vessie. Je trouve le col *complètement* dilaté : sans perdre un moment, j'introduis la main et, décollant d'un côté les adhérences placentaires qui restent, je vais chercher les pieds et je les entraîne.

L'extraction est très laborieuse et je suis obligé de me presser beaucoup parce que les syncopes succèdent aux syncopes et que je crains à chaque instant de voir la femme me rester dans les mains. Enfin la tête est dégagée. L'enfant est mort. — Est-ce à l'hémorrhagie maternelle ou aux circulaires qui lui serraient le cou que sa mort est imputable?

Aussitôt l'enfant dégagé, je vais chercher le placenta.

Couches sans accidents autres qu'une grande faiblesse.

J'ai vu déjà beaucoup d'accouchements difficiles et dangereux; je n'en ai pas vu de plus émouvant que celui-ci et j'ai la conviction que, sans l'appareil élytro-ptérygoïde — que je vous remercie de m'avoir fait connaître — la femme dont je viens de vous rapporter l'histoire, était perdue.

EXPLORATION DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

L'exploration du col de l'utérus mérite, sans doute, toute l'attention que les accoucheurs lui accordent, mais l'examen du segment inférieur la matrice, en raison des signes tout aussi précieux qu'il fournit au diagnostic, n'est pas moins important.

Et d'abord, que faut-il entendre, au juste, par *segment inférieur* de la matrice? La question peut sembler étrange, car l'expression a le mérite d'être très claire *a priori*. Elle ne l'est pas autant qu'elle le paraît : les auteurs ne sont pas d'accord et les définitions précises manquent. D'après Hofmeier, le segment inférieur est la partie du corps de l'utérus qui s'étend de l'orifice interne à quatre ou cinq centimètres plus haut, à l'endroit où le péritoine adhère solidement à l'utérus. Nous définirions plus volontiers cette région d'après sa fonction physiologique et nous dirons que le segment inférieur est, au-dessus du col, la portion de la matrice qui reste presque complètement passive

paroi abdominale, lassée par les portées précédentes, ne l'y oblige point.

Chez l'une comme chez l'autre, à part le cas de spasme, le ramollissement et l'amincissement, comme nous le disions plus haut, est extrême et l'on a sous le doigt une aire qu'il importe d'explorer avec le plus grand soin, puisque, grâce à la complaisance des tissus, on peut y reconnaître de bonne heure la présentation et la position de la région fœtale qui s'avance, un segment placentaire, un pied, une main, une anse de cordon en procidence.

Plus le pôle inférieur de la matrice est aminci et souple, moins il résistera aux contractions du fond qui l'attirent en haut et en dehors pour procurer l'effacement, puis la dilatation du col — et, par conséquent, plus le pronostic d'une période de préparation rapide sera fondé.

A certain moment du travail, lorsque le canal cervical a été englobé et s'est confondu dans la cavité utérine, ce n'est plus le segment inférieur, c'est le col évasé et étalé qu'on a sous le doigt. La lutte commence alors contre l'orifice externe et nous l'avons vue souvent se prolonger pendant des heures chez des primipares, bien que toute la zone circonvoisine fût amincie à souhait.

Dans ces cas on observe que l'orifice externe est limité par un bord tranchant et le doigt semble être engagé dans une anse de gros fil. L'accouchement n'avance pas : la femme s'épuise, se lamente, désespère; l'entourage devient inquiet et le médecin impatient. Ces cols cèdent souvent tout à coup en s'éraillant, pendant une douleur *déchirante*; un peu de sang peut apparaître au dehors et à partir de ce moment la physionomie du travail devient tout autre. Pareil arrêt, se résolvant de la même manière, peut s'observer chez les pluripares dont les bords du col sont indurés par du tissu de cicatrice. Chez les unes et chez les autres la déchirure a ouvert une porte aux infections et il faut recourir aux soins de désinfection les plus minutieux.

Pendant les couches l'exploration du segment inférieur de la matrice ne rend pas de services moins importants. Elle permet de reconnaître si l'organe revient bien sur lui-même: s'il n'est pas atteint de parésie, toujours suspecte; si une flexion exagérée ne favorise pas la rétention des lochies. Enfin le doigt découvrira dans les culs-de-sac les engorgements du tissu cellulaire périutérin, presque, sinon toujours, d'origine septique.

Eugène HUBERT.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE DIAGNOSTIC DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC.

Ce procédé a été indiqué par le prof. Ewald à la Société de médecine de Berlin (*séance du* 15 *juin* 1887) ; il repose sur l'étude des phénomènes mécaniques de la digestion et consiste à déterminer approximativement le temps que les aliments séjournent dans l'estomac sain d'une part, et dans l'estomac dilaté, d'autre part.

Pour arriver à cette détermination, il convient de se servir de substances qui ne sont pas digérées dans l'estomac, mais qui sont absorbées, dès qu'elles arrivent dans l'intestin.

Or, Nencki a fait connaître certains corps conjugués de la série aromatique qui seraient dédoublés au contact du suc pancréatique, les principes constituants se retrouvant ensuite dans l'urine. Au nombre de ces corps, se trouve le *salol*, médicament nouveau introduit dans la thérapeutique par Sahli et signalé dans la *Revue* (mars 1887).

Le salol est une substance composée d'acide salicylique et d'acide phénique ; c'est sur lui que le prof. Ewald a expérimenté.

En effet, le salol n'est pas dédoublé, tant qu'il séjourne dans l'estomac. L'expérience consista à administrer à un certain nombre de sujets du salol et à rechercher toutes les demi-heures après l'ingestion la présence d'acide salicylique, dans le contenu stomacal exprimé au moyen de la sonde.

Le dédoublement ne fut constaté dans aucun cas, que le salol ait été ingéré pendant l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac : il ne se produisit pas non plus dans les expériences de digestion artificielle avec la pepsine, l'acide chlorhydrique et la fibrine.

D'autre part, l'auteur a pu établir que le salol n'était pas absorbé dans l'estomac, pour se dédoubler ensuite au contact des humeurs alcalines de l'économie, en particulier du sang. Par exemple, il ne trouve pas d'acide salicylique dans l'urine d'un chien auquel il avait pratiqué la ligature du pylore avant de lui faire ingérer du salol Toutefois, le dédoublement dans le duodénum n'est pas occasionné par le suc pancréatique ; l'auteur s'est assuré, par exemple, à l'aide de lavements de salol, que le dédoublement s'opère dans l'intestin simplement sous l'influence d'un milieu alcalin à la température du corps, et toujours avec une grande rapidité : on ne peut donc songer, dit-il, à utiliser le salol, comme on l'avait pensé, pour juger de l'activité du suc pancréatique.

Il s'est assuré de même par l'expérimentation que, dans aucune circonstance, le dédoublement n'a lieu dans l'estomac, même lorsque

le suc gastrique est neutre ou légèrement alcalin : il faut maintenir la réaction alcaline dans l'estomac par l'introduction d'alcalins, pendant au moins une demi-heure, pour l'obtenir.

Il en résulte que l'apparition d'un des composants du salol, l'acide salicylique, dans l'urine après l'ingestion du salol est capable d'indiquer exactement le temps que cette substance met à quitter l'estomac. Rien n'est plus facile d'ailleurs que de déterminer la présence de l'acide salicylique dans l'urine au moyen de la réaction connue, par le perchlorure de fer ; on peut en découvrir des traces. Il convient de procéder ainsi : acidifier l'urine avec l'acide chlorhydrique, l'agiter ensuite avec de l'éther, recueillir l'éther par décantation et chercher la réaction au perchlorure de fer dans le résidu obtenu après l'évaporation de l'éther.

En faisant ingérer du salol à une série d'individus, et en examinant tous les quarts d'heure l'urine émise, Ewald a constaté que l'acide salicylique apparaissait dans ce liquide :

1° *Chez les individus sains, trois quarts d'heure en moyenne après l'ingestion du salol*, c'est à dire, au plus tôt après une demi-heure, une fois ; au plus tard après une heure, 6 fois ; 32 fois après trois quarts d'heure.

On peut admettre ainsi que le salol reste un quart d'heure en moyenne dans l'estomac sain, la réaction demandant 20 ou 30 minutes pour apparaître, après l'arrivée du sel dans l'intestin.

2° *Chez les individus porteurs d'une dilatation de l'estomac, deux ou trois heures seulement après l'ingestion.* Sur 14 cas typiques, l'acide salicylique apparut 6 fois 2 et 3 heures après l'ingestion ; dans 4 cas, le retard fut moins appréciable, la réaction se montra 1 heure 1/4 à 1 heure 1/2 après l'ingestion, enfin dans les 4 cas restants, le retard ne fut pas appréciable.

La conclusion à tirer de là, c'est que, dans les cas de dilatation gastrique où le retard fut nul ou peu marqué, l'énergie des parois musculaires de l'estomac était peu ou point altérée : hypothèse conforme d'ailleurs avec les phénomènes subjectifs peu appréciables accusés par les malades dans ces cas, comparativement avec les 6 premiers. Dans d'autres affections gastriques, par exemple dans la gastrite aigue, le retard dans l'apparition de la réaction de l'acide salicylique est toujours moins appréciable et très peu constant.

De là une méthode ingénieuse et facile de diagnostiquer une dilatation stomacale : grâce à elle, l'auteur a pu deux fois préciser ce diagnostic avant toute autre recherche, chez des sujets qui ne se plaignaient d'aucun trouble digestif.

De la même manière, il a étudié l'influence de certains agents thé-

rapeutiques, recommandés comme étant de nature à accélérer les mouvements de l'estomac, particulièrement l'*électricité* et le *massage*. En ce qui concerne l'électricité, il a constaté que la faradisation des parois abdominales amène beaucoup plus rapidement l'apparition de la réaction salicylique dans l'urine, et cela aussi bien chez l'homme sain que chez l'homme malade. Le massage aurait une action identique, bien que les recherches ne soient pas encore assez nombreuses pour tirer une conclusion : on comprend ainsi l'efficacité de l'électricité et du massage dans le traitement de l'ectasie gastrique ou de la simple inertie. L. D.

—

DE L'ANTIPYRINE ET DE L'ANTIFÉBRINE COMME NERVINS.

Pour faire suite à une communication précédente, où il célébrait avec enthousiasme les propriétés sédatives de l'antipyrine contre la douleur, M. Germain Sée vient d'exposer à l'Académie des sciences les résultats qu'il a obtenus du même médicament, employé sous forme *d'injections sous-cutanées*. La solubilité de l'antipyrine dans l'eau se prête facilement à ce mode d'emploi : un demi gramme dissous dans autant d'eau distillée constitue la dose nécessaire pour une injection.

L'injection produit une sensation pénible mais passagère de tension, et est suivie d'une rémission considérable de la douleur, quelle qu'en soit la cause.

Administrée de cette façon, l'antipyrine aurait des avantages sur la morphine : elle ne provoque ni vertiges, ni vomissements, ni somnolence, et surtout elle joindrait à l'action calmante un pouvoir curatif que ne possède pas la morphine : ainsi, dans le rhumatisme, la goutte, les névralgies, le lumbago, la migraine. En outre, dans le traitement des coliques hépatiques et néphrétiques, dans les douleurs aigues des cardiaques, dans les dyspnées des asthmatiques, les injections d'antipyrine, pratiquées au moment des accès, donneraient des résultats très avantageux, avec certains inconvénients des injections de morphine en moins.

L'antipyrine serait ainsi appelée à prendre la place de la morphine, au moins dans certains cas.

Quant à l'antifébrine, M. G. Sée a voulu lui dénier les propriétés calmantes qu'il a si largement octroyées à l'antipyrine; mais, comme le fait observer la *Revue médicale de la Suisse Romande* (15 juin 1887), il est à peu près seul à condamner l'emploi de l'antifébrine.

Il est vrai qu'une partie de l'oxyhémoglobine du sang se transforme en méthémoglobine, sous l'influence de l'acétanilide : de là, chez cer-

taines personnes, après des doses de 2 ou 3 grammes par jour, de la cyanose et certains symptômes de dépression, mais la méthémoglobine redevient en très peu de temps de l'oxyhémoglobine, et, en pratique, la cyanose n'a aucun caractère de gravité, quand elle se produit : les malades n'en sont jamais incommodés sérieusement.

Le Dr Demiéville a administré l'antifébrine par doses de 50 centigrammes, plusieurs fois par jour, à plus de 80 malades, mais tous non fébricitants ; il n'a jamais observé de frissons, rarement des sueurs, plus rarement encore certains troubles digestifs, et il a obtenu rapidement la disparition de la douleur La sédation a été souvent accompagnée d'un besoin de sommeil très prononcé.

Au nombre des affections traitées, il y a onze cas de sciatique avec les résultats suivants : une guérison rapide, complète et définitive dans quatre cas aigus et un chronique, une guérison plus tardive mais définitive aussi dans deux autres cas, dans les cas restants un soulagement momentané seulement.

8 cas de lumbago — les résultats ont été très bons dans 4 cas, partiels dans un cas, purement passagers dans 3 cas.

7 cas de névralgies intercostales et du sein — résultats favorables dans 6 cas.

8 cas de névralgies du trijumeau — dont 5 cas de névralgies des nerfs dentaires avec un effet excellent quatre fois, et 3 cas de névralgies supra et infra orbitaires avec guérison complète.

11 cas de céphalalgies de nature diverse avec un résultat avantageux dans la plupart des cas.

Signalons encore les effets favorables obtenus par l'auteur contre les douleurs de la dysménorrhée et contre celles de la gangrène sénile ; à propos de cette dernière affection, il ne saurait assez insister, dit-il, sur les bienfaits qu'on peut retirer de l'antifébrine.

Enfin, il a administré le remède à 6 épileptiques, et le résultat paraît devoir être favorable.

A ce sujet faisons remarquer toutefois que, contrairement à Dujardin-Beaumetz (Voir la *Revue* n° de juin), on a apprécié très peu favorablement l'acétanilide dans le traitement de l'épilepsie, d'après une expérience assez étendue à la *Société de Biologie* (25 juin 1887) et à la *Société médico-psychologique* (27 juin).

Quoqu'il en soit, le Dr Demiéville conclut de sa pratique que l'antifébrine constitue un médicament nervin précieux qui restera une belle acquisition de la thérapeutique.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que le prix de l'antifébrine est très inférieur à celui de l'antipyrine.

L. D.

—

QUAND ET COMMENT DOIT-ON PRESCRIRE LA CAFÉINE ?

M. Huchard a répondu à cette question dans la *Revue générale de Cliniq. et de Thérap.*, 1887, n° 8.

Un cardiaque arrivé à la période terminale de son affection, présente tous les symptômes et les dangers de la parésie du cœur : les fibres du myocarde sont envahies par la degénérescence granulo-graisseuse, les battements du cœur sont sourds, mal frappés et faibles, la matité transversale du cœur très augmentée par la distension des cavités droites, le reflux veineux dans les jugulaires est considérable, tous les organes sont envahis par la congestion et l'œdème, les membres infiltrés, la face et les extrémités cyanosées, les urines rares et albumineuses, la dyspnée à son comble.

Tous les médicaments cardiaques restent sans action; la digitale, qui est et restera toujours le premier de ces médicaments, dit Huchard, est inactive, inefficace, elle devient dangereuse pour l'estomac, elle peut même devenir une nouvelle cause d'asystolie.

Le péril est grand, que faire ?

Recourir, dit l'auteur, « à un médicament qui produit une diurèse plus rapide, qui ne présente pas comme la digitale les mêmes effets accumulateurs ou toxiques : ce médicament est la caféine qui devient alors un véritable tonique, le quinquina du cœur. »

Comment doit-on la prescrire ?

a) Il faut d'abord savoir, continue-t-il, que l'action *cardiaque* de la caféine prescrite à faible dose (20 à 50 centigrammes) est presque nulle, que seules, les doses massives (de un à deux grammes) deviennent utiles et efficaces.

b) C'est à tort, d'après lui, que les praticiens font le plus souvent usage des sels de caféine; ces sels (citrate, bromhydrate, etc.), sont instables, partant infidèles.

c) Il faut employer la caféine pure, mais, comme elle n'est soluble que dans la proportion d'une gramme pour 93 d'eau, l'associer à d'autres médicaments pour assurer sa solubilité, comme le benzoate ou le salicylate de soude.

d) La forme pilulaire ou granulée ou en cachet est défectueuse, surtout parce que ces préparations peuvent, par l'action locale de la caféine sur l'estomac, déterminer d'assez vives gastralgies.

La forme liquide est préférable, et voici les principales formules recommandées par Huchard :

1° Solution aqueuse de caféine

R.	Eau distillée	300 grammes
	Benzoate de soude	ââ
	Caféine	5 grammes.

Deux à six cuillerées à soupe par jour (à prendre avant les repas).

2° Sirop de caféine.

R.	Sirop de framboises	250 grammes
	Caféine	3 gr. 50
	Benzoate de soude	3 gr. 40.

Un des grands avantages de la caféine sur la digitale et son alcaloïde, c'est qu'elle peut être employée par la voie hypodermique. Voici les formules usitées par Huchard :

Benzoate de soude	3 grammes
Caféine	2 gr. 50
Eau distillée	6 grammes.

Faire la solution à chaud : injecter dans la journée une à quatre seringues de Pravaz,

ou bien	Salicylate de soude	3 gr. 10
	Caféine	4 grammes
	Eau distillée	6 grammes.

Faire également la solution à chaud.

Ces préparations de caféine produisent des effets remarquables, non seulement dans les affections du cœur, mais aussi dans celles des reins, dans tous les cas où la digitale est contre-indiquée, inutile ou nuisible.

En outre, la caféine en injections sous-cutanées possède, suivant l'auteur, une action excitante et tonique : ce qui permet de l'utiliser dans les maladies adynamiques ou infectieuses souvent compliquées d'albuminurie et d'affaiblissement cardiaque, au même titre que l'éther.

L. D.

—

LA FÈVE DE CALABAR DANS LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE ET D'AUTRES MALADIES SPASMODIQUES.

Le Dr Riess (*Berlin. Klin. Wochensc.*, 30 mai 1887) a repris l'étude de la fève de Calabar dans le traitement de plusieurs des maladies nerveuses, accompagnées de spasmes musculaires, pour lesquelles elle avait été recommandée autrefois sur la foi de son action physiologique : la diminution de l'excitabilité des ganglions médullaires.

C'est l'alcaloïde, c'est à dire l'ésérine ou la physostigmine, qui a été surtout étudié par l'auteur; son expérimentation portant sur 40 cas de chorée de toute espèce prouverait au moins que le traitement par l'ésérine abrège sensiblement la durée de la maladie; elle a été d'un mois en moyenne sous l'influence du remède.

Dans le tétanos, les résultats obtenus ne sont pas dignes d'être notés, mais il en est autrement dans les tremblements d'origine diverse (alcoolisme, débilité sénile ou autre, nervosisme); non seulement une amélioration sensible se montra rapidement, mais, dans un tiers des cas, la guérison complète fut obtenue.

Dans la paralysie agitante, dans le tremblement symptomatique de certaines maladies des centres nerveux, le remède fut également utile.

Riess s'est servi du sulfate de physostigmine en solution, injecté sous la peau, une fois par jour d'abord, puis deux fois, à la dose de un milligramme, chez les adultes, un demi-milligramme chez les enfants; il n'a jamais eu besoin d'élever la dose quotidienne au-delà de 4 milligrammes.

Vu l'altérabilité facile de la solution, on ne la préparera qu'en petite quantité à la fois.

Les injections produisent quelquefois des vomissements, mais cet inconvénient ne dure pas le plus souvent et n'a d'ailleurs aucune gravité.

En résumé, la fève de Calabar mériterait de sortir de l'oubli dans lequel elle est tombée, en ce qui concerne le traitement de la chorée et de certaines affections spasmodiques. L. D.

—

LA STRYCHNINE COMME ANTIDOTE DE L'ALCOOL.

Plusieurs observateurs ont signalé des résultats avantageux obtenus au moyen de la strychnine dans le traitement de l'alcoolisme et du delirium tremens.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* (30 mai 1887) signale les expériences instituées par Jarochewsky dans le but de contrôler les données de l'observation clinique sur cette question. Les expériences portèrent sur six chiens dont trois recevaient de l'alcool exclusivement, trois de l'alcool et de la strychnine à la fois. Les trois premiers succombèrent au bout d'un temps très court; parmi les trois autres, un seul mourut tardivement, les deux autres durent être sacrifiés.

L'observation minutieuse des animaux montra, dit l'auteur :

1° Que la strychnine empêche la production de l'ivresse alcoolique;

2° Qu'elle augmente la résistance de l'organisme envers l'alcool;

3° Qu'elle empêche la production des lésions pathologiques déterminées par l'abus de l'alcool. — Mais sur ce point, il y a des observations contradictoires (Dujardin Beaumetz).

La strychnine serait par ainsi non seulement un excellent médicament dans le traitement de toutes les formes de l'alcoolisme — et à ce sujet, il importe de remarquer que les alcooliques supportent

des doses considérables de strychnine — mais encore un puissant prophylactique contre l'empoisonnement par l'alcool. L. D.

—

UN CAS DE TRICHINOSE A BRUXELLES.

Un vieillard de 76 ans est entré à l'hôpital de Molenbeek-St-Jean le 13 juin 1887 et y a succombé le 14 au matin, dans le service de M. le Dr Crocq.

« Voici — dit M. Wehenkel dans le rapport qu'il a présenté à l'Académie de médecine sur le cas intéressant — les données qui nous ont été communiquées à propos des manifestations constatées au dit hôpital : intelligence intacte; décubitus dorsal; voix éteinte; pouls filiforme, bruits du cœur affaiblis, le premier seul audible; peau froide, sèche et cyanosée; langue à teinte cyanosée et froide comme celle des cholériques. Depuis cinq jours, le malade se trouvait atteint de diarrhées profuses et sanguinolentes et il se plaignait de crampes dans les jambes.

A l'autopsie, on a constaté chez lui des capsules de trichines dans tous les muscles, à l'exception du cœur; les muscles du larynx et de l'œil renfermaient bon nombre de ces parasites.

La Commission, en se basant sur les douleurs rhumatoïdes en 1880, la voix voilée et les caractères des capsules de trichine, reporte cette infection par les trichines à cette dernière année.

Les mouvements constatés sur les trichines ont démontré qu'elles étaient encore en vie au moment de la mort de cet homme, et celles-ci étaient donc encore en état d'infecter.

Il résulte de ces constatations que les lésions qui ont amené la terminaison fatale ne se rattachent pas à la trichinose. Les affections intestinales ne surviennent du reste que pendant la première invasion des trichines introduites avec la viande — le plus souvent avec celle du porc —; ces trichines se trouvent enkystées dans cette viande lors de l'arrivée de celle-ci dans l'estomac; cette viande est dissoute ainsi que les capsules; les trichines deviennent libres et, incomplètement développées jusqu'alors, elles deviennent très rapidement adultes, s'accouplent, et, très rapidement elles pondent des embryons; les trichines sont donc ovovivipares. Les embryons arrivent dans l'intestin et y déterminent des manifestations d'irritation, se décélant par de la diarrhée, etc. Les matières fécales renferment souvent des trichines; celles-ci, arrivées dans les tissus, y progressent et déterminent des douleurs rhumatoïdes jusqu'à leur arrivée dans l'endroit où elles s'enkystent; pendant ce temps-là elles occasionnent encore quelques douleurs. Une fois l'enkystement complet, il reste tout au plus un

peu plus de gêne et de fatigue que d'ordinaire chez l'individu atteint. Les trichines restent avec un développement incomplet des organes génitaux tant qu'elles sont enkystées. et ce n'est que lorsqu'elles arrivent de nouveau dans l'estomac qu'elles deviennent adultes et se multiplient. Ce sont souvent les rats qui les ramènent aux porcs, et par ceux-ci elles arrivent à l'homme.

—

NOUVEAU PROCÉDE DE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES.

Il a été imaginé par M. Kolischer qui l'a exposé à la Société des médecins de Vienne, le 20 mai 1887 : il donnerait des résultats bien plus satisfaisants que toutes les méthodes employées jusqu'à ce jour (conservation, résection ou râclage). L'auteur est parti de ce principe que, la tuberculose pulmonaire guérissant par calcification, il pourrait être bon d'introduire des sels calcaires dans les foyers tuberculeux : il a choisi pour ces injections parenchymateuses les phosphates de chaux, maintenus en solution grâce à un excès d'acide phosphorique.

A la suite de l'injection de ces solutions dans les fongosités articulaires, il se développe une inflammation accompagnée de fièvre qui dure trois ou quatre jours. Puis survient le stade de calcification, pendant lequel la fongosité devient dense, tout en restant indolente. Après quelques semaines, le tissu calcifié se résorbe et l'on obtient la guérison. Celle-ci n'est pas obtenue au prix d'une ankylose; au contraire, la jointure conserve une mobilité notable. Les tumeurs blanches au niveau desquelles la pression est très douloureuse sont celles qui guérissent le plus facilement.

L'auteur a observé quelquefois à la suite de ces injections l'ouverture des fongosités mais, même dans ce cas, la guérison survient rapidement; on assiste à l'élimination de tous les tissus infiltrés de tuberculose. Au-dessous se développe un tissu de granulation de belle apparence.

Le même traitement produirait d'excellents résultats sur les adénites scrofuleuses.

A l'appui de ses dires, Kolischer a présenté quatre malades chez lesquels il avait appliqué sa méthode; on put ainsi comparer leur état actuel avec celui qui existait au début du traitement grâce aux moules pris, et juger de la mobilité des jointures.

Sur un de ses malades l'auteur a observé une petite complication. Il s'agissait d'une arthrite du pied et l'injection a été suivie de la nécrose d'une aponévrose.

Il s'est réservé de traiter ultérieurement des applications de la même méthode dans d'autres tuberculoses locales.

Ce qui semble donner de l'importance à la découverte, c'est que le

professeur Albert a confirmé les assertions de son élève et a exprimé l'avis que sa méthode constituait un progrès notable dans la thérapeutique des tumeurs blanches : les résultats ayant été remarquables.

L. D.

—

CYSTITE DOULOUREUSE ET NÉVRALGIE VÉSICALE.

Tous les praticiens sans doute ont rencontré dans leur clientèle des cas de cystite ou de cystalgie rebelles au traitement ; aussi croyons nous utile de mettre à profit les leçons du professeur Guyon publiées par le *Progrès médical* (nos 17 et 29), une leçon du Dr Terrillon insérée dans le *Bulletin médical*, no 39, enfin une étude faite par le Dr Broca dans la *Gazette hebdomadaire*, nos 28 et 29, pour résumer les données récemment acquises sur cette question, toute d'actualité.

Occupons-nous d'abord de la *cystite douloureuse* ; on a appelé ainsi une cystite individualisée par un symptôme qui n'est qu'une exagération d'un symptôme commun à toutes les cystites : la douleur. Il arrive en effet que la douleur par son exagération, sa longue durée, sa continuité et sa résistance au traitement habituel de la cystite devienne une véritable entité morbide et réclame un traitement spécial, indépendant de la cause de l'inflammation vésicale. Il est donc légitime d'étudier isolément la cystite douloureuse, au point de vue clinique.

Avant d'aborder l'étude de la cystite douloureuse, le professeur Guyon donne un aperçu de la sensibilité vésicale à l'état normal et à l'état pathologique.

Or, la sensibilité de la vessie se révèle dans deux conditions : 1° *par le contact*, 2° *par la distension*.

La sensibilité au contact est très obscure ; en parcourant avec un instrument le canal de l'urèthre, on est souvent arrêté au niveau du ligament de Carcassonne par le sphincter uréthral et, à ce moment, le malade accuse d'ordinaire quelque douleur, mais, une fois le col franchi, aucune plainte ne se fait entendre. A peine rencontre-t-on quelques malades chez lesquels la traversée du col se traduit par des envies d'uriner. Mais, arrivé dans la vessie, on peut toucher sa paroi postérieure et tous les points de la muqueuse, sans que le malade en souffre aucunement ; il ne sent même pas le contact de l'instrument.

Chez l'homme sain, la sensibilité normale de la vessie ne se réveille qu'au moment de la miction, c'est à dire, au moment où le réservoir est suffisamment distendu par l'arrivée d'une certaine quantité d'urine.

On peut reproduire ce phènomène physiologique en introduisant une certaine quantité de liquide *tiède* dans le réservoir de l'urine ;

aussitôt qu'on a injecté 200, 250 grammes de liquide, l'envie d'uriner se produit et elle devient d'autant plus violente et plus irrésistible qu'on injecte de nouvelles quantités d'eau. *C'est donc la mise en tension de la paroi vésicale qui réveille surtout la douleur.*

Dans une vessie à l'état pathologique, il y a, pour ainsi dire, création d'un nouveau symptôme : *la sensibilité au contact* — la douleur se traduit toutes les fois qu'un point malade de la vessie est touché, — puis il y a l'exagération extrême d'un fait normal : *la sensibilité à la distension* — le malade souffre, aussitôt que la vessie se distend : aussi ne peut-il garder que de faibles quantités d'urine. Ce n'est pas le col qui est en contracture dans ce cas, comme on le croyait autrefois, mais bien le corps de la vessie, puisque c'est lui qui est surtout sensible.

Cela établi, quel est l'état pathologique auquel convient le nom de cystite douloureuse ? Tout malade atteint de cystite peut éprouver à un moment donné des douleurs excessives, mais ce n'est pas l'exagération seule de la douleur qu'il faut ici envisager, mais sa persistance, sa forme particulière, sa résistance aux différents moyens thérapeutiques qui guérissent la douleur d'une cystite ordinaire. *Au point de vue de la physiologie pathologique, il y a,* dit Guyon, *cystite douloureuse, lorsqu'il y a contracture permanente du muscle vésical.*

Parmi les cystites qui deviennent le plus souvent douloureuses, il cite en première ligne l'inflammation de la muqueuse vésicale liée à une éruption tuberculeuse ou à la présence du microbe de la blennorrhagie : puis viennent par ordre de fréquence les cystites dues à la présence d'un calcul, d'un néoplasme, d'une maladie de la prostate. Toutefois, la cystite douloureuse des prostatiques est rare : car il manque en général aux vieillards la cause principale des douleurs : une musculature vésicale énergique.

Il en est autrement chez les individus jeunes, atteints de blennorrhagie chronique avec uréthrite postérieure, chez les tuberculeux urinaires, jeunes aussi le plus souvent.

Parmi les circonstances qui peuvent avoir une influence sur la déterminatian des cystites en cystites douloureuses, Guyon cite les explorations maladroites et les traitements intempestifs : ainsi, une méthode banale dans le traitement des cystites, l'emploi des lavages, peut, dans certains cas, en mettant en tension la paroi vésicale, aggraver la situation.

Le *diagnostic* de la cystite douloureuse ne se fait pas en quelques jours : il faut une observation durable du malade, puis une exploration méthodique.

L'observation prolongée permet de constater les crises douloureuses

et l'échec des différents traitements usuels : sous le rapport des crises douloureuses, Terrillon et Guyon distinguent deux variétés : les cas moyens ou légers et les grands cas. Dans la première variété, les douleurs ne sont pas permanentes et les épreintes vésicales sont moins accentuées; la seconde, au contraire, est remarquable par l'intensité, l'opiniâtreté et la durée des douleurs et du ténesme.

Les malades affectés de cystite douloureuse souffrent à la manière des calculeux : aussi les médecins croient souvent au début à la présence d'un calcul. Les patients souffrent surtout, lorsqu'ils sont debout; la marche, les efforts, le cahot de la voiture, etc. exaspèrent leurs douleurs : celles-ci se montrent aussi bien en dehors de la miction que pendant la miction, mais elles deviennent plus vives pendant cet acte. Le nombre des mictions est augmenté.

Le malade en vient quelquefois à une miction continuelle, où chaque goutte devient de plus en plus pénible à expulser et où, de temps à autre, se surajoutent des crises de ténesme.

L'état général ne tarde pas à s'altérer : les sujets perdent le sommeil et l'appétit, deviennent névropathes, irritables à l'excès. Livrée à elle-même, la maladie est incurable.

Quant à l'exploration, elle se fait à l'aide du palper, du toucher rectal et du cathétérisme.

Pour examiner une vessie par la palpation, il faut qu'elle soit vide, car on peut réveiller une certaine sensibilité en palpant la région hypogastrique d'un malade dont la *vessie saine* est remplie de liquide; on augmente en effet par là la tension intravésicale.

Par le toucher rectal, la pression au niveau du bas-fond de la vessie n'éveille aucune douleur à l'état physiologique, la douleur est modérée dans la cystite ordinaire, elle est très vive dans la cystite dite douloureuse. La pression combinée, consistant à refouler à l'aide d'une main placée à plat sur l'abdomen la vessie contre le doigt introduit dans le rectum, exagère encore cette douleur.

Chez la femme, c'est le toucher vaginal qui provoque une souffrance des plus nettes.

L'examen méthodique intravésical est encore plus instructif que le palper; on se servira d'un explorateur olivaire, métallique (Guyon).

L'explorateur peut parcourir tout l'urèthre sans provoquer aucun phénomène; seule la région membraneuse est sensible, le sphincter habituellement contracturé. Le col de la vessie est ensuite franchi sans qu'une douleur vive soit éveillée, mais, dès que l'instrument effleure l'entrée de la vessie, on constate que le contact le plus léger en un point quelconque des parois est l'occasion d'une très vive douleur.

En outre, au moyen de l'explorateur olivaire, on peut déterminer la capacité de la vessie : il suffit de mettre le doigt sur la tige au moment où l'instrument va heurter la paroi postérieure de la vessie, et de retirer ensuite l'instrument ; celui-ci ne sera arrêté dans ce mouvement de retrait qu'au niveau de la portion membraneuse ; en mesurant alors la distance qui sépare le doigt du méat, et en déduisant trois centimètres, longueur moyenne de la portion prostatique de l'urèthre, on a la profondeur exacte de la vessie.

Dans la cystite douloureuse, on constate souvent une grande diminution de capacité : le diamètre antéro-postérieur peut être réduit à cinq, quatre, trois centimètres. Et, si l'on cherche à mesurer la quantité de liquide que peut accepter le réservoir vésical, on acquiert la preuve que la vessie est en état de contracture.

On voit même que la capacité physiologique est inférieure à la capacité anatomique, mesurée avec l'explorateur à boule. La vessie ne tolère pas l'injection de liquides, pas plus qu'elle ne tolère l'accumulation de l'urine dans sa cavité. La moindre injection provoque des douleurs des plus vives, en même temps que les malades pissent, entre les parois du canal et de la sonde, le liquide injecté.

Quant à la cause immédiate de l'exagération de la douleur dans la cystite, il faut remarquer d'abord que le nervosisme du sujet est l'effet et non la cause des souffrances.

La doctrine classique était que les crises douloureuses relèvent d'une contracture spasmodique du col de la vessie, mais, comme nous l'avons vu, l'exploration montre que le col n'est pas contracturé : il faut admettre par conséquent que ces crises sont dues à une contracture spasmodique de tout l'appareil musculaire de la vessie. « Cette contracture — douloureuse comme celle de tous les muscles lisses — est une véritable *colique vésicale,* due à un réflexe dont le point de départ est la distension de la muqueuse enflammée. »

Quel est le *traitement de la cystite douloureuse ?* Il faut remarquer d'abord qu'il y a deux choses à considérer, la cystite qui est le phénomène primitif ; la contracture et la douleur qui sont des phénomènes consécutifs.

Il y a donc d'abord à envisager le *traitement ordinaire de la cystite,* sur lequel nous ne nous appesantirons pas, la *Revue* (févr. 1887) ayant analysé une étude sur ce sujet du Dr Casper.

Ce traitement comprend les *moyens* dits *antiphlogistiques,* mais surtout les *injections aseptiques et modificatrices* « qui sont le point principal dans le traitement des cystites en général. »

Malheureusement, *dans la cystite douloureuse,* la vessie ne peut pas être distendue, sous peine d'exagérer la contracture et la douleur : *les lavages doivent être proscrits.*

Mais, au lieu de lavages, on peut recourir aux *instillations de petites quantités d'une solution de nitrate d'argent*, ce « modificateur par excellence de la muqueuse vésicale. » M. Guyon a démontré que toute irritation de la vessie, indépendante d'un calcul ou d'une tumeur, s'améliore par le nitrate d'argent (Terrillon). Dans les cystites tuberculeuses, le nitrate d'argent est également contre-indiqué.

Les instillations se pratiquent au moyen d'une sonde en gomme, dont le bout olivaire est percé d'un trou à son centre et dont le canal est presque capillaire ; à l'orifice externe de la sonde vient s'adapter exactement l'aiguille d'une volumineuse seringue de Pravaz, construite pour cet usage, et dont le piston fonctionne par des tours de vis, de façon à ne laisser couler qu'un nombre de gouttes déterminé : on peut aussi très bien adapter à la sonde au moyen d'un ajutage spécial, la seringue de Ravaz ordinaire.

La solution employée est à 1 p. c., à 1 p. 80 et même à 1 p. 80.

Avant d'introduire la sonde, on commence par l'amorcer, c'est à dire par remplir de liquide le trajet de la sonde ; quand elle est en place, on injecte 5, 10 ou 20 gouttes de la solution.

On aura soin de bien vider d'abord la vessie ; sans cela le sel argentique précipite au contact des chlorures de l'urine.

Les instillations déterminent un peu de douleur ou simplement de chaleur au niveau du col de la vessie : on les répète tous les deux ou trois jours.

Cette même sonde de Guyon peut également servir avec avantage — soit dit en passant — pour les instillations dans l'urèthre antérieur ou postérieur, dans les cas de blennorrhée chronique ou de prostatite.

Les instillations de nitrate d'argent ont à leur actif nombre d'améliorations précieuses et de guérisons dans les cystites chroniques, et, comme le dit Guyon, elles guérissent les cas moyens ou légers de cystite douloureuse, conjointement avec les antiphlogistiques, les balsamiques et les narcotiques.

Outre la cystite il y a, comme nous l'avons dit, l'élément douleur à traiter : on a cherché d'abord à calmer la douleur par des *injections narcotiques dans la vessie;* mais les injections à l'extrait thébaïque ou à la morphine sont impuissantes : on a annoncé des succès dus à la cocaïne, mais elles n'ont pas été confirmées par d'autres expérimentateurs, et l'amélioration n'a été dans tous les cas que passagère. D'ailleurs, les injections, avons-nous dit, sont mal supportées dans la cystite douloureuse. Les narcotiques doivent être employés d'une autre façon : par le rectum ou par la voie stomacale : belladone en pilules ou en suppositoires, bromure de potassium, jusquiame, chloral en lavements, etc. mais l'*opium est le moyen par excellence; peu actif par la voie stomacale, il devient très utile par la voie rectale*

morphine. Il fait céder en quelques minutes les crises douloureuses si atroces dont il a été parlé, « mais il ne faut pas hésiter à user de doses énergiques. »

Dans les grands cas de cystite douloureuse, le traitement indiqué reste inefficace, et il faut en venir à une intervention chirurgicale, qui a pour objet de supprimer la douleur en supprimant la contracture.

Deux moyens sont en présence : la dilatation du col vésical et la cystotomie.

Dilatation du col vésical. Ce moyen a été proposé dans le but de supprimer la contracture du col, que l'on croyait cause de la douleur.

La dilatation forcée de l'urèthre est chose facile chez la femme; elle peut se pratiquer, soit avec les doigts, soit avec des instruments spéciaux; les instruments peuvent être tous ramenés à un seul type : ce sont des tiges parallèles qu'on peut écarter plus ou moins, une fois introduites dans l'urèthre.

La dilatation digitale se fait avec le doigt indicateur; elle est préférable, car elle permet de pratiquer le toucher de la face interne de la vessie et de se rendre compte de l'état de cet organe.

Tillaux a inventé également un instrument pour dilater le col vésical chez l'homme.

On a obtenu incontestablement un certain nombre de guérisons de cystites douloureuses par la dilatation forcée de l'urèthre, spécialement chez la femme : la résistance que le corps de la vessie éprouve pour expulser l'urine est vaincue en effet, au moins momentanément, par la parésie du col.

Toutefois la dilatation forcée a des inconvenients : elle a occasionné parfois des déchirures du canal, des hémorrhagies, de l'infiltration, mais surtout de l'incontinence persistante.

Les cas de guérison, à la suite de la dilatation, concernent, d'après Guyon, des cystites douloureuses de forme légère qui guérissent aussi bien par le traitement non opératoire, indiqué plus haut.

On a cherché encore à assurer, par *la sonde à demeure*, la siccité constante de la vessie; on a guéri un certain nombre de cas par ce moyen (Leary, deux hommes et quatre femmes). On a même ajouté un appareil de siphonnage à la sonde : mais la cystotomie est devenue rapidement le traitement habituel des grands cas de cystite douloureuse.

Cystotomie. « Le point de départ de cette opération est dans les cas où des fouilles, faites sans rencontrer des pierres, furent cependant suivies, au grand étonnement des opérateurs, d'améliorations et de guérisons. »

Aujourd'hui on fait la cystotomie intentionnellement dans les cystites douloureuses, et les opérations se sont multipliées de divers côtés dans ces dernières années.

Quant au procédé opératoire, il est bien précis chez la femme : on fait la *kolpo-cystotomie*, c'est à dire *la taille vésico-vaginale* : le manuel opératoire est extrêmement simple. La malade étant endormie, on introduit un conducteur dans la vessie qui repousse en bas la face intérieure de la vessie et la fait saillir du côté du vagin. Le vagin est dilaté au moyen du speculum de Sims : il suffit d'inciser ensuite sa paroi supérieure en pénétrant dans la vessie jusqu'au conducteur. On se tient sur la ligne médiane pour éviter les uretères et les vaisseaux importants; l'incision peut être faite au bistouri ou au thermo-cautère.

Pour maintenir, l'ouverture on a proposé d'enlever un morceau elliptique de la paroi vésico-vaginale, de mettre à demeure une sonde ou un tube à drainage.

Emmet a conseillé de suturer simplement la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale : on maintient ainsi la fistule pendant tout le temps nécessaire.

Chez l'homme, il y a deux procédés de cystotomie en présence pour combattre la cystite douloureuse : *la cystotomie périnéale* et la *cystotomie hypogastrique*.

Par le périnée on peut se dispenser de faire une véritable taille : Thompson a prôné la *boutonnière uréthrale*; une fois l'urèthre incisé, on dilate le col et, par la plaie, on introduit dans la vessie une grosse sonde évacuatrice. Ce procédé a plusieurs avantages : il est d'une exécution facile, il cause un traumatisme minime : il fait un drainage déclive.

Il a aussi des inconvénients : il ne convient pas, quand la prostate est volumineuse; en outre, il ne permet pas toujours de satisfaire à une des indications capitales du traitement : l'examen et le traitement direct de la vessie enflammée : aussi, pour Guyon, la taille hypogastrique doit être préférée, lorsqu'on juge la boutonnière uréthrale insuffisante. Il ne faut pas méconnaître cependant que la taille hypogastrique est difficile dans le cas de cystites douloureuses : la vessie ne se laisse pas distendre par l'injection préalable à l'opération, et puis, elle tend à se rétracter derrière le pubis après l'opération.

Mais lorsque la vessie a été ouverte par l'hypogastre, on a toute facilité pour l'explorer, modifier directement la muqueuse, cautériser les ulcérations, enlever les végétations, racler les tubercules, badigeonner au nitrate d'argent les parties enflammées.

Toujours est-il que *les résultats immédiats de l'ouverture de la*

et il est souverain en injections hypodermiques de chlorhydrate de vessie dans la cystite douloureuse sont réellement merveilleux. « Les malades sont soulagés mieux que par les doses élevées de morphine », et, ce qui prouve que ces résultats sont bien dus à l'incision, c'est qu'on voit les accidents recommencer, lorsque la fistule se ferme trop vite, pour cesser à nouveau lorsqu'elle est rétablie.

Dans le cas opéré par Terrillon, dans quatre cas opérés par Guyon, la dilatation uréthrale avait été pratiquée d'abord sans résultat au moins durable.

Il n'y a pas à s'étonner de ces résultats: après la taille, la vessie est dans le repos le plus absolu, le muscle vésical est immobilisé, et c'est sa contracture, nous l'avons vu, qui est la cause des crises douloureuses.

La fistule une fois établie, tout n'est pas terminé : *il s'agit de traiter la cystite* d'après les indications du cas; sans doute, on n'arrive pas toujours ainsi à une cure radicale, par exemple, s'il s'agit d'un néoplasme infiltré, ou d'une tuberculeuse avancée; mais on est déjà heureux d'avoir supprimé les douleurs et les hématuries. On laisse persister la fistule et les malades portent un urinal; assurément cette infirmité n'est nullement comparable aux tourments de la cystite douloureuse.

Dans les autres cas, on laisse la fistule ouverte aussi longtemps que le nécessite le traitement de la cystite : les lésions simplement inflammatoires cèdent bientôt à la thérapeutique (cautérisation, raclage, iodoformisation, lavages, etc.), il y a même des cas bien avérés de tuberculose au début, où l'on a obtenu une cure radicale par les moyens appropriés.

La fistule demeure ainsi béante pendant quelques mois, même pendant une année et plus, c'est à dire, aussi longtemps que la cystite n'est pas guérie. On la ferme sans difficulté chez la femme par le procédé classique de la fistule vésico-vaginale : quelquefois la fistule se ferme d'elle-même après quelque temps. Chez l'homme, il suffit de supprimer la sonde à demeure de l'ouverture périnéale ou hypogastrique. La fistule oblitérée, la vessie reprend ses fonctions de réservoir, mais, comme elle est rétractée, elle ne récupère ses fonctions que petit à petit : il sera souvent utile alors, pour parfaire la guérison, de faire encore quelques instillations de nitrate d'argent.

En résumé, tel est le traitement des cystites douloureuses ; en l'absence de crises excessives et rebelles de ténesme vésical, les antiphlogistiques, les narcotiques, les instillations de nitrate d'argent; lorsque les douleurs sont à leur apogée, pratiquer la cystotomie et laisser persister la fistule jusqu'à guérison de la cystite.

Mais,il est un autre groupe de cystalgies qui doivent être soigneuse-

ment distinguées des cystites douloureuses et qui méritent bien le nom de névralgie vésicale.

Névralgie vésicale. Tel est le tableau clinique tracé par Guyon d'un cas de névralgie vésicale :

« Un sujet n'ayant jamais eu de blennorrhagie, ni d'affection vénérienne, éprouve depuis quelques mois, du côté de l'anus et de l'extrémité du gland, des phénomènes douloureux à la miction, et cependant ses organes urinaires ne présentent rien de pathologique en apparence, jamais il n'a eu d'hématurie ; à l'exploration, on ne trouve du côté du canal ni sécrétion anormale, ni retrécissement, rien non plus du côté de la vessie; les urines sont claires, sans dépôt.

Il importe de préciser le diagnostic de la névralgie vésicale, car, comme le dit Guyon, et nous l'avons nous-même constaté, combien de cas sont ainsi désignés qui n'ont pas droit à ce diagnostic ?

Tout d'abord, *la névralgie vésicale se rencontre chez des névropathes* ; il s'en faut que beaucoup de femmes rentrent dans cette catégorie : la névralgie vésicale, dit Guyon, est bien rare chez les femmes hystériques, tandis que la rétention y est fréquente; dans le sexe masculin, au contraire, la névralgie vésicale est relativement fréquente.

La névralgie vésicale s'observe encore chez les nerveux moins bien caractérisés, appelés hypocondriaques; parfois même, elle est *une manifestation du tabes dorsalis*, mais c'est alors un phénomène très précoce de la maladie; même c'est chez les sujets atteints d'affection médullaire qu'on rencontre exclusivement les grands cas de névralgie vésicale, mais, *jamais, la douleur de la névralgie vésicale n'est comparable à celle de la cystite douloureuse.*

Pour différencier l'une et l'autre affection, il n'y a qu'à rechercher s'il y a ou non cystite. « Pour qu'il y ait cystite, il faut trois choses, la fréquence et la douleur des mictions, les sécrétions qui modifient les urines. »

Or, les urines ne sont pas modifiées chez les névralgiques. S'agirait-il d'un rétrécissement ? Mais l'interrogation et l'exploration avec la boule olivaire lèveront tous les doutes. Est-ce un calcul ? Mais les calculeux ne souffrent que quand ils ont de la cystite.

Or, ce qui prouve encore que, dans la névralgie vésicale, il n'y a pas de cystite, ce sont les résultats de l'exploration.

La palper hypogastrique, le toucher rectal, l'introduction de l'explorateur métallique dans la vessie n'occasionnent pas de douleur : mais le cathétérisme permet de constater une exagération de la résistance et de la sensibilité de la portion membraneuse de l'urèthre : ce phénomène, propre à tous les nerveux, à tous les craintifs, peut constituer un véritable obstacle au cathétérisme.

La névralgie vésicale pourrait être définie : une contracture de la portion membraneuse de l'urèthre.

Quant au *traitement*, il faut chercher avant tout s'il n'existe pas de lésion de voisinage ayant pu provoquer l'apparition de la névralgie (déplacements utérins, affections du rectum, hémorrhoïdes, varicocèle, etc.) et s'assurer aussi de l'état des reins, dont les affections retentissent quelquefois sur la vessie sous forme de douleurs.

En l'absence de ces indications, *il faut s'attacher au point de vue du traitement au malade plutôt qu'à la lésion* ; toutefois, une dilatation lente, progressive, obtenue au moyen du passage de sondes, améliore quelquefois ces malades.

Mais, en somme, c'est l'état général qu'il faut traiter par des moyens appropriés, particulièrement l'*hydrothérapie* ; *il faut être sobre de traitement local et il n'y a pas lieu de recourir au traitement opératoire ;* l'on comprend ainsi combien il importe de différencier nettement les cystalgies pures des cystites douloureuses. L. D.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA MÉTRITE.

Sous l'influence des doctrines microbiennes, les idées régnantes sur la nature des maladies de la matrice, aussi bien que sur la plupart des maladies inflammatoires, médicales ou chirurgicales, ont été bouleversées de fond en comble. Dans un mémoire récent, très important, publié dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* (février et mars 1887), le Dr Doléris a exposé au sujet de la métrite et de son traitement des vues nouvelles et originales qu'il nous paraît utile de résumer pour les lecteurs de la *Revue*.

Au sujet de la pathogénie, on est à peu près d'accord, dit l'auteur, pour admettre que la *plupart des métrites ont pour origine une inflammation septique, née à l'occasion de l'accouchement ou de l'avortement.*

Parmi celles qui restent, les unes découlent *de la blennorrhagie ou de la blennorrhée virulente*, d'autres naissent sourdement de *conditions septiques atténuées, procédant de l'extérieur*, engendrées dans les voies génitales externes et tenant à l'altération des liquides sécrétés ou du sang des règles ; ces liquides renferment alors un organisme phlogogène, et le point de départ de l'inflammation consiste le plus souvent dans une cause accidentelle quelconque, provoquant la congestion utérine ou plutôt déterminant l'effraction du revêtement épithélial de la muqueuse génitale (menstruation, excès vénériens, relations brutales ou disproportionnées, masturbation).

Dans les maladies infectieuses par elles-mêmes, on comprend

encore que la métrite pourrait survenir consécutivement au dépôt — par métastase en quelque sorte — d'un élément pathogène au sein des organes génitaux. Ce seraient là les seules métrites survenant par cause interne; on pourrait les observer, par exemple, à la suite des fièvres exanthématiques.

En résumé, d'après l'auteur, *les métrites sont toutes d'origine microbienne;* il n'y a métrite réelle, c'est à dire inflammation, qu'autant qu'il y a en cause un élément morbide pathogène, inflammatoire, comme on disait autrefois, d'un microbe pathogène, comme on dit aujourd'hui.

Le microbe coupable n'est pas constamment le même; il est septique, pyogénique, gonorrhéique, etc., mais il ne manque pas, ou bien si le microbe n'existe plus, c'est qu'il a péri dans l'intervalle et et que les troubles qu'il a déterminés dans les tissus lui ont survécu.

Dans cet ordre d'idées, on ne doit pas considérer comme des métrites les états pathologiques résultant de perturbations nerveuses ou sanguines, par exemple les affections désignées sous le nom de subinvolution, d'hypertrophie chronique, d'hyperplasie, d'engorgement, de congestion, etc.

Dans le même ordre d'idées, *toute métrite au début est une endométrite*, car c'est par l'infection de la muqueuse qu'elle prend naissance; mais, sous l'influence du développement du microbe, l'inflammation ne reste pas toujours localisée à la muqueuse, mais elle se propage au tissu utérin lui même, ou aux organes avoisinants.

Les voies de diffusion de l'inflammation sont les lymphatiques, les veines, la continuité des tissus par l'intermédiaire des éléments connectifs, enfin la continuité de la muqueuse utérine elle-même avec les trompes et le péritoine; la propagation du virus se fait par l'une de ces voies seulement, ou par plusieurs à la fois.

Ainsi prennent naissance les exsudats interstitiels du muscle utérin, les infarctus, les thrombus phlébitiques, les foyers de paramétrite, de périmétrite chronique avec ou sans abcès, les salpingites, les péritonitesetc.

Toutes ces lésions secondaires ont un sort variable; tantôt elles guérissent spontanément, tantôt elles persistent d'une manière continue, et sont sujettes à des exacerbations déterminées par une cause accidentelle : les explorations, les fatigues, parfois même le traitement.

Pendant ce temps, *l'endométrite reste permanente : elle est le foyer incessamment renouvelé qui alimente les foyers morbides secondaires.*

Il y a d'ailleurs plusieurs circonstances qui favorisent la persistance de l'endométrite : ce sont d'abord les *constitutions morbides*; si les diathèses n'ont qu'une valeur restreinte, sinon nulle, sur la production

de la métrite, elles interviennent puissamment pour entretenir l'inflammation une fois établie.

Il y a ensuite *la profondeur à laquelle s'est faite l'inoculation septique de la muqueuse*, et *le degré de virulence de l'élément pathogène;* puis *les conditions névro-vasculaires défectueuses de l'utérus* (thrombus ou stases veineuses et lymphatiques, congestions actives ou spasmes), *les irritations mécaniques* et les congestions qui en dépendent (coït), *la menstruation* avec ses retours périodiques, enfin, *la structure de la muqueuse.*

C'est ainsi que la disposition tubulée des glandes et la situation profonde des culs de sac glandulaires envahis rendent facilement la lésion rebelle à la guérison spontanée.

Il y a encore *une circonstance qui vient ordinairement faire obstacle à la guérison comme au traitement; c'est l'atrésie du col.* Cette atrésie s'oppose, en effet, à la détersion de l'utérus; elle dépend tantôt de la boursouflure de la muqueuse, tantôt de la déviation de l'axe utérin, tantôt d'un spasme habituel ou passager, tantôt de la turgescence des parois musculaires de l'utérus ou de la compression exercée sur lui par des exsudats paramétritiques.

En ce qui concerne *l'anatomie pathologique de la métrite, les lésions de la muqueuse consistent, soit dans une tendance à la végétation et à l'hyperplasie, soit dans une sténose des glandes avec état kystique des culs de sac;* ces lésions, en même temps que d'autres lésions secondaires, rendent compte des symptômes habituels de la métrite : parmi les principaux, signalons l'altération des sécrétions (écoulement de mucopus ou de pus), les métrorrhagies à répétition et les ménorrhagies, les douleurs par rétention des exsudats, par spasme, par irritation de voisinage.

La *thérapeutique rationnelle* de la métrite comprend deux indications :

1° *Dilater le col, dans le but à la fois de permettre un écoulement facile des exsudats et de rendre la muqueuse utérine directement accessible au traitement.*

2° *Détruire le foyer de l'infection qui est la muqueuse utérine elle-même.*

Destruction du foyer d'infection. On a cherché d'abord à modifier la muqueuse à l'aide d'*injections intra-utérines de liquides antiseptiques, ou plus ou moins caustiques*, mais la méthode est lente et infidèle.

Il en est de même de *la cautérisation profonde de la muqueuse avec des crayons solides* et *des badigeonnages avec des pinceaux*

Ces moyens peuvent avoir de l'efficacité dans des cas légers et

récents, mais ils sont ordinairement impuissants dans les cas invétérés.

Le procédé le plus radical, celui qui est le plus souvent suivi de succès, celui auquel il faut recourir dans les cas ordinaires, consiste dans *le curage de la matrice*, c'est à dire, dans l'enlèvement mécanique de la muqueuse infectée.

L'auteur donne ses préférences à la curette de Récamier : il se sert ainsi du bord affilé ou du bord mousse, suivant qu'il s'agit d'enlever les tissus ou de faire un simple grattage.

Voici la manière de procéder; on s'assure au préalable qu'il n'existe pas d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins et on pratique pendant quelques jours des irrigations antiseptiques du vagin; s'il y a lieu, on fait la dilatation du col, comme nous verrons plus loin.

La patiente est placée dans le décubitus dorsal et on ne la chloroformise que si elle est craintive et très sensible; on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince, afin d'abaisser légèrement l'utérus; la pince est confiée à un aide; le périnée est abaissé au moyen d'un large spéculum de Sims et on s'assure de la direction du conduit utérin par le cathétérisme; alors, on introduit la curette de la main droite suivant l'axe connu et on saisit de la main gauche le fond de la matrice à travers la paroi abdominale. Dès qu'on a senti le contact de l'instrument avec le fond de la matrice, on racle fortement en allant de droite à gauche et en décrivant des demi-cercles qui se complètent les uns les autres, de manière à atteindre toute la surface. La curette doit agir profondément afin d'enlever toute l'épaisseur de la muqueuse; en outre, elle ne doit laisser aucun angle, aucune dépression sans en enlever la muqueuse; l'expérience a prouvé que, quand le curage est incomplet, quand il reste par exemple quelques bourgeons, la maladie peut persister et s'étendre à nouveau.

La curette retirée, l'auteur se sert de l'*écouvillon*; cet instrument se compose « d'une tige métallique souple. terminée par un bout, garni sur une longueur de 8 à 12 centimètres, de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes ou dents capables d'entamer un tissu peu résistant ou de racler complètement la paroi utérine. Cet instrument ressemble à l'écouvillon dont les sommeliers se servent pour nettoyer les bouteilles. Ces écouvillons sont de volume, de force et de longueur variés. On fait pénétrer l'écouvillon dans l'utérus par un mouvement de vrille que l'on continue en divers sens pour bien entamer la muqueuse utérine, puis, quand on juge l'effet suffisant, on retire l'instrument en tournant toujours par un mouvement spiroïde, de façon à entraîner les débris. »

Après le curage, l'utérus est ainsi écouvillonné, à plusieurs reprises, puis lavé soigneusement. Doléris se sert *pour le lavage* d'une sonde spéciale, dilatatrice, inventée par lui.

« Cette sonde se compose d'un tube en métal, recourbé à la façon de pinces, dont les branches creuses sont exactement juxtaposées et forment un circuit ouvert aux deux extrémités de l'instrument; l'une des extrémités est munie d'un ajutage pour s'adapter au conduit d'un appareil d'irrigation quelconque : l'extrémité libre est double et perforée pour la sortie du liquide. Le tube lui-même est demi-cylindrique, de telle façon que la juxtaposition exacte des deux branches, par leur côté interne plan, forme un cylindre régulier, complet et d'assez petit volume pour pouvoir être introduit dans les cols les plus étroits.

Un mécanisme très simple, placé près de l'extrémité extérieure de la sonde, permet d'en écarter les branches, une fois introduites dans la matrice, à la façon des branches d'un dilatateur et de les maintenir à tel écartement que l'on désire. Le col reste ouvert et l'on crée ainsi une voie de retour aussi large que possible au liquide injecté, en même temps qu'on ouvre un facile passage aux débris solides contenus dans la matrice. » *(Thérap. contemporaine*, 1887, n° 32).

Le liquide injecté pour le lavage est une solution de sublimé à 1 pour 2000 à la température de 40 à 45° C : ce lavage entraîne les derniers débris de la muqueuse ou les caillots.

L'irrigation terminée, on écouvillonne une dernière fois, mais avec un écouvillon plus souple, afin de ne point trop gratter la surface utérine et à ne point rouvrir les vaisseaux, afin aussi de laisser dans la matrice le plus de topique antiseptique possible. *L'écouvillon, en effet, est fortement chargé avant son introduction de glycérine créosotée* au tiers ou au cinquième; la créosote est la substance que Doléris préfère : elle agit à la fois comme antiseptique et légèrement caustique.

Enfin, une irrigation vaginale est pratiquée : on pulvérise de l'iodoforme sur le col et on met un tampon imprégné de glycérine iodoformée dans le fond du vagin. On maintient ainsi pendant quelques jours l'asepsie du vagin.

Faite avec les précautions antiseptiques recommandées, l'opération est tout à fait inoffensive : la douleur consécutive est modérée, l'hémorragie insignifiante pendant l'opération, et souvent nulle après.

Le curage n'est pas toujours nécessaire dans la métrite : *dans les formes légères, l'écouvillonnage seul avec brossage antiseptique peut suffire :* on y revient aussi souvent qu'il est nécessaire : la méthode est indiquée plus haut.

Dilatation du col. Pour l'auteur *la dilatation ne sert dans la grande majorité des cas que comme opération préliminaire au curage ou à l'écouvillonnage; elle n'est curative que dans les formes légères d'endométrite; elle sert encore, comme moyen perturbateur de la*

sensibilité, dans les formes douloureuses ou névralgiques de la maladie; elle n'est d'ailleurs indiquée que s'il y a atrésie.

On se sert pour cela des corps dilatables connus (tiges de laminaria, de tupelo, de gentiane, fragments d'éponge préparée).

Quelquefois, — par exemple lorsqu'on a affaire à une forme très douloureuse de la métrite — on se trouvera mieux de la dilatation extemporanée pratiquée pendant le sommeil chloroformique à l'aide d'un instrument divulseur.

C'est le cas par exemple des douleurs névralgiques de l'utérus : on fait la dilatation forcée, comme dans le vaginisme et la fissure à l'anus.

Les corps dilatants seront préparés antiseptiquement : le meilleur topique pour l'auteur serait l'iodoforme en solution saturée dans l'éther : on y plonge la substance pendant une demi-heure : elle est ainsi rendue antiseptique et elle peut agir sur la muqueuse utérine comme véhicule d'iodoforme, substance qui est un excellent topique pour les muqueuses enflammées. C'est ainsi que les corps dilatants peuvent agir comme moyens curatifs dans les formes légères d'endométrite.

L'auteur a traité 339 malades d'après les principes exposés; dans ce nombre 280 étaient atteints d'endométrite légère ou de moyenne intensité; la guérison a constamment suivi l'emploi d'un écouvillon doux trempé dans une solution de créosote dans la glycérine (1 pour 10 de glycérine), le plus souvent avec dilatation. L'écouvillonnage avec un instrument fort dur, seul ou combiné avec le curage, a amené une guérison complète chez 23 malades atteintes d'endométrite invétérée, végétante, polypeuse. Le même mode de traitement a été encore employé dans vingt autres cas de la même forme de métrite, mais ces opérations sont toutes trop récentes pour qu'on puisse porter sur elles un jugement définitif. Une troisième série comprend 16 cas d'endométrite déciduale récente avec ou sans rétention du placenta ou des membranes, comprenant différents cas d'endométrites puerpérales, septiques, post partum. Toutes ces malades ont guéri après avoir subi l'écouvillonnage utérin. L. D.

—

ANTISEPSIE DANS LES FRACTURES DU CRANE.

Une série d'observations publiées dans ces derniers temps prouvent que la méthode antiseptique peut être employée avec avantage dans un certain nombre de cas de fractures du crâne. Ce sont celles que l'on peut appeler compliquées, le foyer de la fracture se trouvant en communication avec l'air extérieur : dans cette catégorie, rentrent par exemple, les fractures si fréquentes de la base du crâne avec fractures

du rocher et écoulement de sang et de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif.

C'est par cette voie du conduit auditif que les microbes, grouillant dans le sang ou les exsudats putréfiés, arrivent au foyer de la fracture jusque dans la cavité crânienne, et déterminent de proche en proche, soit la thrombose septique des tissus, soit la méningite.

Il y a donc, dans les cas cités, indication de pratiquer soigneusement la désinfection du conduit auditif par des irrigations antiseptiques et de maintenir son asepsie par l'insufflation d'iodoforme et le tamponnement à la gaze antiseptique.

Les résultats obtenus ont montré les avantages de cette pratique; les cas de méningite à la suite des fractures du crâne étant beaucoup moins fréquents que dans les statistiques d'autrefois, et la mortalité notablement moindre.

—

ANTISEPSIE DES ÉPONGES.

Il y a quelques années on aurait taxé de paradoxale cette proposition, aujourd'hui admise sans conteste, que l'éponge est plus redoutable que le bistouri. On s'étonne parfois de voir survenir le pus et les accidents infectieux les plus graves, chez des opérés que l'on avait entourés, semblait-il, des précautions antiseptiques les plus sévères : on se demande par où le poison a pénétré dans la plaie et l'on ne songe pas à l'éponge !

Mitscherlich a calculé que la surface des pores d'un morceau de charbon de bois pesant 956 milligrammes, est d'environ huit mètres carrés. Une éponge de 3 à 4 grammes offrirait donc une surface de 24 ou de 32 mètres carrés. Des myriades de germes infectieux peuvent se développer en paix sur cette surface énorme, dans l'atmosphère humide des vacuoles et rendre son contact mortel. Les exemples d'infections chirurgicales transmises ou inoculées par l'éponge ne sont pas rares. Nous pourrions en citer un grand nombre, nous nous bornerons à en rappeler un. Une sage-femme attachée au service d'accouchements d'un hôpital de Londres, perd toutes les femmes qu'elle assiste, 24 ou 25 de suite, tandis que les autres sages-femmes, desservant la clientèle urbaine du même hôpital, n'en perdent aucune. Une enquête est ordonnée et elle établit que toutes les malheureuses qui ont succombé ont été lavées avec la même éponge!

Faut il donc renoncer à se servir des éponges? Mais, sans hésiter une seconde!... à moins qu'on ne trouve les moyens de les rendre sûrement inoffensives.

Ces moyens existent et voici le mode de désinfection employé par M. Dumouthiers, dans le service de M. Terrillon.

« 1. On bat les éponges neuves, une à une, avec un maillet de bois, pour enlever toutes les particules calcaires qu'elles peuvent contenir, et que les vendeurs ont intérêt à laisser pour augmenter le poids.

» 2. On les lave dans l'eau bouillie, tiède (50° à 60°C) jusqu'à ce que la matière verdâtre qu'elles abandonnent aît complètement disparu. On trouve aussi au fond de la terrine qui sert au lavage des particules calcaires qui ont résisté au battage. On fera bien de continuer les ablutions jusqu'à ce que tous ces petits cailloux aient disparu.

» 3. Après avoir été exprimées elles sont placées dans une solution froide de permanganate de potasse au centième, où on les laisse une heure. En général, l'oxydation des matières organiques est complète au bout de ce temps.

» 3. Lavées de nouveau, elles sont jetées dans une solution de bisulfite de chaux au deux-centième, à laquelle on ajoute un peu d'acide chlorhydrique. Ce dernier doit être employé avec beaucoup de ménagement; souvent même le bisulfite de soude dégage suffisamment d'acide sulfureux pour obtenir l'effet voulu. Dans ce cas on laissera de côté l'acide chlorhydrique qui attaque les éponges et les dissocie.

» Aussitôt le blanchiment obtenu, elles sont lavées plusieurs fois à l'eau froide et conservées, pendant douze heures dans la liqueur de Van Swieten.

Ces opérations doivent être faites 13 à 14 heures avant l'emploi des éponges — et on doit s'en servir aussitôt après leur sortie du bain de sublimé. »

Il est inutile d'ajouter que l'eau dont on se sert pour toutes ces manipulations doit avoir été préalablement stérilisée par l'ébullition et que les soins réclamés par l'éponge *neuve*, le sont beaucoup plus impérieusement encore par l'éponge *ayant servi*.

La nécessité de ces précautions antiseptiques est démontrée par l'expérience suivante, instituée par M. Dumouthiers.

« Une éponge prélevée dans la salle de chirurgie fut divisée en trois parties.

La première portion, après avoir été nettoyée à l'eau chaude à plusieurs reprises, fut placée dans un bocal complètement stérilisé.

Le deuxième tiers, immergé dans une solution de permanganate de potasse, fut lavé à plusieurs reprises dans l'eau tiède et traité par une solution de bisulfite de soude. De nombreux lavages furent pratiqués et l'éponge fut placée dans un deuxième bocal stérilisé.

La dernière portion fut nettoyée par le procédé que j'ai indiqué plus haut en ayant soin de n'employer que de l'eau bouillie. Elle fut placée dans un bocal contenant de l'eau stérilisée.

L'examen microscopique décela dans les deux premières cultures

des organismes inférieurs, constitués par des algues et des bactéries de nature indéterminée. La troisième préparation a été examinée à des époques différentes, et je n'ai jamais pu y constater la présence du moindre germe vivant. » E. H.

—

SCARLATINE CONTRACTÉE IN UTÉRO.

Le docteur Wilson Saffin rapporte (*Méd. Record.* 24 avril 1886), l'histoire d'une femme qui contracta la scarlatine huit jours avant son accouchement. Son enfant naquit recouvert d'une belle éruption scarlatineuse. La desquammation commença le quinzième jour.

E. H.

—

ANTIPYRINE EN OBSTÉTRIQUE.

Le prof. Chiara a donné de l'antipyrine à 12 femmes enceintes dont 5 étaient à terme et dont les 7 autres n'étaient pas encore arrivées au 9e mois — et il croit pouvoir tirer de ces expériences — peut-être encore trop peu nombreuses, — les conclusions suivantes :

1° L'antipyrine, à dose thérapeutique et dans les conditions normales, n'a pas d'action ocytocique ;

2° La grossesse ne modifie pas le tableau clinique qui relève de l'antipyrine ;

3° Pendant la grossesse, on peut en toute sécurité recourir à l'antipyrine pour abattre l'hyperthermie ;

4° Comme les autres antithermiques, elle peut permettre à la grossesse d'atteindre son terme, en combattant les températures surélevées, causes fréquentes d'avortement. E. H.

—

SIGNE DE GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Pinzani rapporte que pendant les contractions utérines le toucher lui a permis de constater chez une femme la présence de deux œufs, les poches des eaux tendues étant, pendant la douleur, séparées par un sillon où une bride nettement reconnaissable.

Le signe est bon, mais nous croyons que l'occasion de le constater est rare. Les deux œufs sont habituellement disposés de façon à ce que l'un empêche absolument le doigt d'atteindre l'autre — et le palper abdominal et l'auscultation fournissent des témoignages plus sûrs de grossesse multiple. E. H.

—

TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES. — STATISTIQUE.

Le Dr Reamy est parvenu à réunir 1876 observations de polype fibreux de la matrice (*Am. Journ. Obst.* 1886) et il résulte de cette recherche :

1° Que le fibrome utérin se rencontre le plus fréquemment chez la femme mariée : de 1876 femmes atteintes, 1422 étaient mariées = 75,7 °/° ; — 454 n'étaient pas mariées = 24,2 p. °/° ;

2° Parmi les femmes mariées 283 étaient stériles ; — 437 fécondes ;

3° C'est de 30 à 40 ans que le polype se trahit le plus souvent.

AUTEURS	NOMBRE DES CAS	FEMMES MARIÉES	FÉCONDES	STÉRILES	FEMMES NON MARIÉES
Hewit	96	78 = 81 p. c.	48	30	18 = 19 p. c.
Emmet	225	178 = 79 p. c.	113	65	47 = 21 p. c.
Gusserow	959	672 = 70 p. c.	»	»	287 = 30 p. c.
Dupuytren	58	54 = 93 p. c.	42	12	4 = 7 p. c.
Malgaigne	25	21 = 84 p. c.	11	10	4 = 16 p. c.
West	50	43 = 86 p. c.	36	7	7 = 14 p. c.
Mecintoen	25	21 = 84 p. c.	11	10	4 = 16 p. c.
Schrœder	38	30 = 79 p. c.	19	11	8 = 21 p. c.
Reamy	400	325 = 81 p. c.	157	168	75 = 19 p. c.

—

DE LA RUPTURE DU CORDON OMBILICAL AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1).

La rupture du cordon ombilical n'est pas rare chez la femme qui accouche debout et Winckel en a publié 72 exemples, recueillis à la Maternité de Dresde. Cet accident peut-il se produire aussi chez la femme qui accouche dans la position horizontale ? — La question, on le comprend, présente un haut intérêt au point de vue médico-légal.

Les médecins légistes les plus autorisés ont soutenu que le cordon ne se rompait pas lorsque l'enfant était vivant, le cordon sain et non trop court.

M. Budin a été témoin deux fois de cette rupture à la suite d'une expulsion brusque du fœtus, chez des femmes qui cependant se trou-

(1) Soc. de méd. légale de Paris, séance du 18 avril 1887.

vaient couchées sur le dos. Dans le premier cas le cordon mesurait 42 centimètres et faisait une circulaire autour de la cuisse et le cordon s'est déchiré à 10 centimètres de l'ombilic. Dans le second, le cordon, qui mesurait 33 centimètres, se rompit à 7 centimètres de l'ombilic.

M. Budin n'a trouvé dans la littérature obstétricale que deux cas analogues. Celui de Späth : enfant mort; cordon de longueur normale, épais, gélatineux, peu résistant, et celui de Dupuy : cordon, long de 68 centimètres, enroulé deux fois autour du cou, arraché au niveau de l'ombilic, par le fait de la descente brusque de l'enfant. Ces faits démontrent, contrairement à l'opinion généralement accréditée, que le cordon peut se rompre sous l'influence d'une contraction utérine énergique et d'une issue brusque du fœtus, même chez la femme qui accouche dans le décubitus dorsal.

M. Budin se livre dans ce moment à des recherches expérimentales sur les conditions de résistance de la tige funiculaire et ne tardera pas à en publier les résultats. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

—

Séance du 25 juin 1887.

—

I. — Correspondance et communications du bureau.

M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique a soumis à l'Académie, aux fins d'examen et d'avis : une lettre de M. le gouverneur de la province de Brabant, faisant savoir qu'un cas de trichinose a été observé, le 14 juin courant, à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean, chez un Allemand, pensionnaire de l'hospice de cette commune. Ce cas a été signalé à M. le gouverneur par M. le Dr Martha, membre de la députation permanente, qui a procédé, avec M. le Dr Crocq, à l'autopsie du cadavre de l'individu mort de cette affection.

Cette communication, transmise d'urgence, et le fragment de clair trichinée qui y était annexé ont été renvoyés par le bureau à l'examen des membres de la commission des épidémies habitant Bruxelles.

La copie du procès-verbal de la réunion qu'ils ont tenue a été adressée à M. le ministre, auquel le bureau, conformément aux dispositions règlementaires, a demandé à pouvoir discuter la question en séance publique, faculté qui a été accordée.

— M. le ministre des chemins de fer, postes et télégraphes ayant exprimé le désir que l'Académie veuille bien émettre un avis sur une proposition faite à son département et qui a pour objet de munir les boîtes de secours en service dans les trains d'attelles en zinc, M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique transmet la dépêche de son honorable collègue, avec le spécimen d'attelles y annexé, et prie la Compagnie de donner à la communication la suite qu'elle réclame. — Renvoi à une commission composée de MM. De Roubaix, Michaux et Soupart.

— Dans la dernière séance, l'Académie a décidé que le bureau désignerait les membres qui seront chargés de la représenter à l'inauguration de la statue du Dr Guislain, le savant aliéniste, décédé à Gand en 1860. Le bureau croit ne pouvoir mieux répondre aux sentiments d'estime dont la Compagnie est animée envers l'homme éminent, qui fut l'un des membres titulaires les plus distingués, qu'en se rendant en corps à la solennité qui aura lieu, dans ladite ville, le 10 juillet prochain.

II. — RAPPORTS.

1. Rapport de la commission chargée d'examiner la question relative à l'hospitalisation des épileptiques (1er rapport).

M. Masoin, rapporteur, rappelle d'abord qu'à la demande de la commission académique dont il est l'organe, une enquête a été ouverte dans tout le royaume, par les soins du ministère de la justice, concernant le nombre et la situation des épileptiques.

La commission a reçu le dossier de cette enquête et elle a chargé M. Masoin de le dépouiller ; mais elle n'a pas encore abordé le fond même de la question, parce qu'il lui a paru nécessaire de réclamer un supplément d'informations.

Les renseignements statistiques obtenus se rattachent d'une part aux asiles d'aliénés, d'autre part aux établissements de bienfaisance.

Pour le premier groupe, l'enquête est sérieuse ; ses cadres sont aussi complets que possible. Suivant M. Masoin, elle fixe la situation d'une manière certaine au 31 mars 1886. Elle offre, aussi, le mérite d'être la première de cette espèce qui ait été élaborée en Belgique. Nous sommes heureux de pouvoir proclamer, dit-il, que l'initiative de ce recensement revient tout entière à l'Académie de médecine.

A la date fixée pour l'enquête, il y avait 851 épileptiques séquestrés dans les 42 instituts que la Belgique possède pour aliénés (40 asiles fermés et les 2 colonies de Gheel et de Lierneux).

Le nombre de ces 851 épileptiques se décompose en 458 hommes et 393 femmes, soit un excédant d'hommes, comme en France. Une

autre remarque digne d'attention, c'est que ce contingent l'emporte, comme contingent fixe, sur le contingent d'alcoolisés séjournant à un moment donné dans les asiles; il représente un dixième environ de la population séquestrée; ce qui fait bien voir quel rôle redoutable l'épilepsie joue comme pourvoyeuse de folie.

Dans une seconde partie, M. Masoin analyse les documents fournis concernant les établissements de bienfaisance du royaume. Ces documents renseignent 304 hommes et 345 femmes, soit un total de 649 épileptiques simplement hospitalisés ou gardés dans les familles. Ici, c'est donc le sexe féminin à son tour qui fournit le plus fort contingent; mais enfin, si l'on réunit tous les chiffres jusqu'à présent recueillis officiellement en Belgique, on arrive à un total de 1,500 cas, où les deux sexes sont représentés en nombre sensiblement égal; ce qui permet de conclure, avec Lunier, que l'épilepsie n'est ni plus ni moins fréquente chez la femme que chez l'homme, quoi qu'en disent beaucoup de pathologistes.

Mais M. Masoin fait ressortir que les documents de ce deuxième groupe, c'est à dire ceux intéressant les établissements de bienfaisance, sont absolument insuffisants; il signale les défauts de l'enquête; il s'étonne de la légèreté avec laquelle certains documents sont élaborés, quand ils sont réclamés par un ministre d'après l'initiative d'une Académie royale, dans une question d'humanité où chacun devrait fournir sérieusement le tribut de sa collaboration. Il constate encore que le dossier ne contient aucun renseignement concernant certaines localités importantes, telles qu'Ostende, Poperinghe, etc., pas plus que concernant certains hôpitaux où se trouvent des épileptiques.

Et pourtant la situation de ces malheureux mérite bien qu'on s'y arrête avec sollicitude, d'autant plus que les familles — surtout les familles indigentes — sont souvent fort embarrassées par la présence de tels malades; car dans certaines localités, ainsi que le dossier de l'enquête le prouve, les hôpitaux tiennent leurs portes fermées, en vertu des règlements mêmes, aux malades de cette espèce; c'est le cas, entre autres, à Namur et à Charleroi. Aussi, des administrations communales formulent-elles des plaintes, ne dissimulent pas leur embarras et demandent conseil au gouverneur, etc.

M. Masoin a voulu voir quels résultats pouvaient fournir, au point de vue du recensement des épileptiques dans le royaume, les opérations des conseils de milice. Pour cela, il a examiné divers documents dans les bureaux du commissariat de l'arrondissement de Louvain. Mais il en est résulté pour lui la conviction qu'on ne pouvait, par cette voie, arriver au but proposé. En effet, le service militaire n'étant pas obligatoire pour tous dans notre pays, il se fait que tous les

inscrits pour une levée de milice ne comparaissent pas devant le conseil ; celui qui a retiré de l'urne un numéro élevé, fût-il épileptique, n'éprouve nul besoin d'invoquer sa triste infirmité. Si même il se trouve dans le cas de faire valoir un motif d'exemption, mais s'il est atteint d'une infirmité autre que l'épilepsie, ou s'il peut invoquer tout autre condition, il laisse dans l'ombre son état d'épileptique, et ainsi il n'est pas noté comme tel dans les registres des conseils de milice.

En définitive, à côté d'une enquête sérieusement conduite pour les asiles d'aliénés, il y a recherche insuffisante pour le reste. Aussi, dans sa dernière réunion, la commission académique a décidé de s'adresser une seconde fois au gouvernement, afin d'obtenir, par son intermédiaire, des documents plus sérieux et plus complets. Toutefois, dit M. Masoin, votre commission, jugeant qu'il pourrait se passer encore bien du temps avant que les résultats de cette enquête supplémentaire soient obtenus et nous soient communiqués, votre commission a pensé qu'il convenait d'analyser et de résumer les documents acquis, sans déposer d'ailleurs aucune conclusion et sans aborder pour le moment, à la tribune académique, le fond même de la question.

M. Masoin fait appel, en terminant, au concours de tous, et signale, comme augure favorable, l'accueil bienveillant que M. le ministre de la justice a fait dans la séance du Sénat, le 16 mars 1886, aux observations présentées par M. de Bruges de Gerpinnes, concernant la situation déplorable des épileptiques, l'embarras des familles et des communes à leur sujet.

— La discussion du rapport de M. Masoin est ajournée.

2. Du *béribéri*, rapport présenté à l'Académie par M. Barella, membre titulaire, sur une communication adressée à S. M. le Roi des Belges par M. L. Vanden Driessche, à Padang (Sumatra).

M. le rapporteur expose d'abord que M. Vanden Driessche, qui est Belge de naissance et qui est adjudant quartier-maître dans l'armée hollandaise, actuellement à Batavia, a adressé au Roi une lettre relative à la maladie appelée béribéri. Cette lettre a été transmise à M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique, qui l'a soumise à l'Académie.

Des communications, relatives au même objet, ont aussi été adressées par M. Vanden Driessche au Sénat belge, au président de la République française et à l'Académie des sciences de Paris.

Toutes ces communications ont pour but de faire interdire la vente du riz provenant de la Chine, que leur auteur regarde comme la cause du béribéri. Ce riz, d'après lui, est récolté avant sa parfaite maturité et de là résulte la mauvaise qualité de cette substance alimentaire.

Le béribéri, selon M. le rapporteur, est une maladie non contagieuse, essentiellement apyrétique, à moins de complication inflammatoire étrangère. Cette affection se caractérise par des troubles divers de la motilité et une anasarque générale. Il fait remarquer qu'elle ne sévit pas seulement dans les îles de la Sonde et dans les contrées baignées par la mer de Chine, mais qu'on l'observe fréquemment à l'état épidémique dans d'autres contrées où il est peu probable que le riz provenant de l'empire chinois soit importé.

Deux théories, dit M. Barella, ont été émises sur les causes du béribéri : l'une, soutenue par les médecins brésiliens, regarde les influences cosmiques et telluriques comme ayant une grande influence sur la production de cette maladie; les partisans de l'autre théorie prétendent que la cause principale de l'affection doit être cherchée dans l'alimentation défectueuse, peu azotée, et que les causes adjuvantes sont les débilitants et les antihygiéniques. C'est à cette dernière opinion que M. le rapporteur se rallie.

En terminant son rapport, M. Barella propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Vanden Driessche pour l'envoi de sa communication;

2° D'attirer l'attention du gouvernement sur l'importation du riz, non mûr ou avarié, de provenance chinoise ou autre, et de l'engager à exercer une surveillance sérieuse sur l'importation et sur la vente de substances alimentaires de mauvaise qualité et impropres à la consommation.

— L'Académie adopte les conclusions formulées par M. Barella; elle décide que le rapport sera imprimé dans le Bulletin et qu'un exemplaire de ce document sera transmis au gouvernement.

3. Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la communication de M. Willems sur un *cas de mort par suite de rupture de la poche fœtale, dans une grossesse anormale, observée chez une fille de* 22 *ans*. — M. Hubert, correspondant, rapporteur.

M. Hubert rappelle que MM. Willems et Bamps, qui ont fait l'autopsie de la jeune fille, trouvèrent dans la cavité abdominale un fœtus d'environ quatre mois baignant dans une grande quantité de sang. Ils enlevèrent les organes génitaux et crurent avoir affaire à une anomalie assez rare, un *utérus semi-partitus* dont l'une des cavités aurait crevé, déversant le fœtus et le sang dans le péritoine.

La pièce anatomique a été examinée par la commission, dont le rapport, inséré intégralement en tête du journal, conclut qu'il s'agit d'un beau spécimen de *grossesse tubaire proprement dite*.

— La communication de M. Willems sera imprimée dans le Bulletin.

4. Rapport de la commission des épidémies et des épizooties sur un cas de trichinose observé à Molenbeek-Saint-Jean et soumis à l'Académie par M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique. — M. Wehenkel, rapporteur.

Préalablement à la lecture du rapport, M. le secrétaire fait connaître qu'immédiatement avant l'ouverture de la séance le département de l'intérieur a transmis des renseignements demandés par le bureau, sur une épidémie de trichinose, observée à Goes (Zélande), dans le courant du mois de février dernier. 70 personnes sur 7,000 habitants ont été atteintes de cette affection.

La source de cette épidémie a parfaitement été déterminée : c'est sur un porc, tué à Kloetinge, village situé près de Goes, qu'on a constaté des trichines. La moitié de la viande de ce porc avait été livrée à la consommation.

M. Wehenkel rappelle que le bureau a réuni d'urgence les membres de la commission des épidémies et des épizooties habitant Bruxelles, et leur a soumis le cas de trichinose, signalé au gouvernement par M. le gouverneur du Brabant, et sur lequel M. le ministre a demandé l'avis de l'Académie.

La commission a constaté que le fragment de muscle, transmis en même temps que la dépêche ministérielle, contenait de nombreux kystes de trichine, dans lesquels on ne reconnaissait plus le parasite, même après la solution des sels incrustants. Il y avait d'autres kystes ou capsules dans lesquels le parasite était parfaitement visible.

Dans les recherches qu'il avait faites sur des parcelles de chair de l'individu trichiné avant d'assister à la séance de la commission, M. Wehenkel avait parfaitement constaté les mouvements de quelques trichines. Ni lui, ni M. Crocq n'ont trouvé de parasite dans le contenu intestinal recueilli à l'autopsie.

La commission a jugé que les mesures à prendre devaient avoir pour but de détruire les trichines et, par conséquent, la chair infectée, vu que certains de ces parasites avaient été reconnus propres à occasionner éventuellement de nouvelles infections. Elle a donc cru devoir demander à M. le ministre que le cadavre trichiné soit incinéré ou bien traité par l'acide sulfurique.

La commission n'a pas pensé que sa mission se bornât-là : elle a chargé son rapporteur de rechercher les faits complémentaires de ce cas morbide et d'en faire rapport à l'Académie. C'est ce qu'il a fait avec le concours de M. Crocq, médecin en chef de l'hôpital de Molenbeek, qui a procédé à l'autopsie du cadavre avec M. le Dr Martha et avec le concours de M. De Rechter, médecin à Bruxelles.

M. Wehenkel fait connaître les investigations auxquelles on s'est

livré dans le but de découvrir où, quand et comment l'invasion des trichines pouvait avoir eu lieu chez l'individu dont il s'agit.

Ces recherches n'ont révélé rien de bien précis. D'après un maître carrossier chez lequel cet homme a travaillé, il paraîtrait que celui-ci aimait beaucoup le lard et qu'il mangeait assez fréquemment de cette espèce de viande provenant de l'Amérique.

M. le rapporteur décrit ensuite l'état dans lequel le malade trichiné avait été trouvé à son entrée à l'hôpital où il est mort. (Voir plus haut.)

III. — COMITÉ SECRET.

L'ordre du jour appelle l'élection de quatre correspondants belges et de six correspondants étrangers.

Sont nommés :

A. — *Correspondants belges* :

MM. les docteurs A. Feigneaux, à Bruxelles; F. Lentz, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Tournai; E. Van Ermengem, chargé de cours à l'université de Gand, et E. Venneman, professeur à l'université de Louvain.

B. — *Correspondants étrangers* :

M. le docteur S. Arloing, directeur de l'école vétérinaire et professeur à la faculté de médecine, à Lyon; M. G. Dragendorff, professeur à l'université de Dorpat; MM les docteurs Paul Fabre, médecin des mines, à Commentry; V. Faucon, professeur à la faculté libre de médecine de Lille; A. Layet, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux, et G. Pini, médecin-directeur de l'institut des rachitiques, à Milan.

VARIÉTES.

VOIX EUNUCHOÏDE ET SON TRAITEMENT.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* (15 juin 1887) a analysé un travail du Dr Garel sur ce sujet :

La voix eunuchoïde est une voix spéciale, propre à certains individus, remarquable par son diapason plus élevé que ne le comporte l'âge et le sexe de l'individu; ce diapason est d'une octave supérieure à ce qu'il devrait être. Ce genre de voix constitue une infirmité sin-

gulière, fort gênante, appelée vulgairement « voix de châtré, » car elle rappelle celle des individus qui ont subi la castration dans l'enfance. C'est une infirmité absolument curable; la guérison en est d'autant plus facile que les sujets qui en sont atteints possèdent un larynx parfaitement normal, mais, lorsqu'on fait émettre un son au malade, on voit au laryngoscope que les cordes vocales ne peuvent prendre la position normale de la voix de poitrine, et se rapprochent au contraire de celle de la voix de tête.

La voix eunuchoïde prend naissance au moment de la mue vocale, elle résulte d'une mue défectueuse, d'une irrégularité fonctionnelle des muscles du larynx dont on peut avoir raison par la gymnastique vocale. Ce mode de traitement serait infaillible.

Le voici tel qu'il a été préconisé par E. Fournié : 1° on fait inspirer méthodiquement la bouche ouverte, aussi profondément que possible; puis à cette inspiration lente, silencieuse, on fait succéder une expiration tout aussi lente, mais sonore. Le son doit être produit sans contraction laryngienne appréciable, il doit être très grave; 2° lorsque après deux ou trois jours on a obtenu l'expiration sonore dans les tons bas, on fait prononcer un mot, syllabe par syllabe; 3° puis le malade lit dans les mêmes conditions, c'est à dire syllabe par syllabe, et chaque syllabe correspondant à une expiration sonore; 4° le malade étant arrivé à lire dans ces conditions, il devra plusieurs fois par jour s'exercer lui-même à la lecture; 5° pendant tout le temps du traitement, le sujet doit s'abstenir de parler avec sa voix eunuchoïde; 6° généralement quinze à vingt jours de traitement suffisent pour faire perdre l'habitude de la voix eunuchoïde.

Le docteur Garel rapporte les observations de trois malades rapidement guéris au moyen de cette gymnastique vocale, qu'il préconise aussi pour le traitement de l'aphonie hystérique. L.

Le 14 août est mort subitement à Louvain, à l'âge de 78 ans, M. F. Hairion, professeur émérite, commandeur de l'ordre de Léopold, décoré de la croix militaire, ex-directeur de l'institut ophthalmologique de l'armée, ancien président de l'Académie de Belgique, etc.

Avec lui disparaît un des derniers survivants des ouvriers de la première heure de l'Université catholique et l'un de ceux qui contribuèrent le plus à fonder et à soutenir la réputation de la faculté de médecine.

Stadium cum luce cucurrit. Nous retracerons prochainement cette noble existence et nous rendrons à la mémoire de l'éminent maître et de l'admirable collègue que nous avons perdu le tribut de reconnaissance et de regrets que nous lui devons.

PUBLICATIONS DE M. LE PROFESSEUR HAIRION.

1. Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge. Louvain, *Vanlinthout et Vandenzande*. In-8°, 102 p.

2. De l'ophthalmie gonorrhoïque. Louvain, *P. J. Peeters*, 1846. In-8°, XII-96 p.

Dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique :*

3. De l'emploi du collodion en ophthalmologie (VIII, 1848-1849) 25 p.

4. Anatomie pathologique des granulations palpébrales (IX, 1849-1850) 19 p. et 3 pl.

— *Reproduit dans les* Archives belges de médecine militaire (V, 1850.

5. Rapport sur une note de M. Philippart, relative au traitement du favus (XI, 1851-1852) 2 p.

6. Rapport sur deux mémoires de M. le docteur Decaisne, l'un sur les dents œillères, l'autre sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts (XIII, 1853-1854) 6 p.

7. Rapport sur les mémoires envoyés au concours de 1851-1853, sur la question suivante : Exposer l'influence respective des différents nerfs sur les mouvements de l'iris (XIV, 1854-1855) 27 p.

— *Reproduit dans les* Annales d'oculistique (XXXIII, 1855).

8. Rapport sur la communication de M. Noguera, relative au traitement des maladies chroniques de la peau, et spécialement du rupia, de l'ecthyma et du psoriasis, connu à Terceire (Iles Açores) sous le nom de traitement de formigueiro. (*Ibid.*) 5 1/2 p.

2° SÉRIE.

9. Rapport sur le travail de M. Burdel, intitulé : Observation sur un cas d'hémiplégie de nature syphilitique (III, 1860) 2 p.

10. Rapport sur l'iconographie de M. Hirschfeld, relative au système nerveux et aux sens (IV, 1861) 1/2 p.

11. Rapport sur le travail de M. Ragaine, intitulé : Des étangs et de leur influence sur la production des épidémies (V, 1862) 4 p.

12. Rapport sur le travail de M. Kluyskens, relatif à l'emploi de la teinture d'iode en frictions légères, aidées de la compression méthodique dans les cas de bubons d'absorption (*Ibid.*) 7 1/2 p.

13. Rapport sur le mémoire de M. Giraud-Teulon, relatif à la grandeur apparente des objets vus au moyen des instruments d'optique (*Ibid.*) 1 p.

14. Rapport sur le mémoire de MM. Van Biervliet et Van Rooy, relatif à la rétinite pigmentaire du cheval (V. 1863) 10 1/2 p.

15. Rapport sur la nature des granulations (*Ibid.*) 10 p. et 3 pl.

16. Rapport sur le traité des tumeurs de l'orbite publié par M. Demarquay (*Ibid.*) 5 p.

17. Rapport sur le système de balnéation ou bains à l'hydrofère de M. Mathieu (*Ibid.*) 9 p.

18. Rapport sur un mémoire de M. Le Roy de Méricourt, relatif à la chromhidrose (VII, 1864) 3 p.

19. Rapport sur un travail de M. Melsens, relatif à l'emploi de l'iodure de potassium dans les affections saturnines, mercurielles et les accidents consécutifs de la syphilis (IX, 1866) 7 p.

3e SÉRIE.

20. Rapport sur l'ouvrage de Barella, intitulé : de l'emploi thérapeutique de l'arsenic (I, 1867) 1 p.

21. Rapport sur une communication de M. Anciaux, intitulée : Des effets pernicieux de la teigne et des maladies de la peau au point de vue intellectuel, physique et moral (*Ibid.*) 2 p.

22. Rapport sur le travail de M. Van Lair, relatif à l'histoire clinique des lymphadénites viscérales (III, 1869) 3 p.

23. Rapport sur le mémoire de M. Desguin, intitulé : Nouvelle étude sur les symptômes cérébraux du rhumatisme (*Ibid.*) 4 p.

24. Rapport sur une observation de gangrène traumatique du gland et du prépuce, présentée par M. Kluyskens (V, 1871) 1 p.

25. Rapport sur une communication de M. Valerius, relative à un cas d'eczéma dartreux (*Ibid.*) 3 p.

26. Rapport de la commission chargée d'apprécier les mémoires manuscrits présentés à la compagnie pendant l'année 1871, par des praticiens belges et qui peuvent mériter le prix de 300 francs (VII, 1873) 9 p.

27. Rapport sur trois publications de M. le capitaine Docx, relatives à la gymnastique scolaire (VIII, 1874) 1/2 p.

28. Rapport sur le mémoire de M. Tamin-Despalles, intitulé: Engorgement du foie (XII, 1878) 1/2 p.

29. Rapport sur l'observation de M. Guillery, relative à un cas de bubon d'emblée (*Ibid.*) 2 p.

30. Rapport sur le mémoire de M. Jansen, intitulé : Etude d'anthropométrie au point de vue de l'aptitude au service militaire (XV, 1881) 26 p.

31. Etude d'anthropométrie médicale au point de vue de l'aptitude au service militaire (XVI, 1882) 28 p.

Dans les *Annales d'oculistique :*

32. Rapport sur les maladies observées du 1r novembre 1839 au

30 juin 1840, à l'institut ophthalmique établi à l'hôpital militaire de Louvain (IV, 1840-1841) 27 p.

33. A monsieur le docteur Furnari, à Paris (XXXI, 1854) 5 p.

34. De l'emploi de l'acide chromique dans certains cas déterminés de l'ophthalmie granuleuse (XXXIX, 1858) 6 1/2 p.

35. Des granulations palpébrales (LXIII, 1870) 35 p.

Dans les *Archives belges de médecine militaire :*

36. Des taches de la cornée, considérées comme cause de réforme (I, 1848) 9 p.

37. Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée (II, 1848) 49 p.

38. Conférences scientifiques des hôpitaux militaires. Hôpital de Louvain (*Ibid.*) 4 p.

39. De l'emploi du collodion en ophthalmologie (III, 1849) 16 p.

40. Observations de morve farcineuse chronique chez l'homme (IV, 1849) 6 p.

41. Staphylôme scléro-choroïdien ; extirpation partielle de l'œil. Etudes microscopiques sur le staphylôme en général (*Ibid.*) 16 p.

42. De l'emploi du tannin dans les affections oculaires (VI, 1850) 2 p.

43. Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie (VII et VIII, 1851) 26 et 78 p.

Dans le *Compte rendu du Congrès d'ophthalmologie de Paris* (Paris, Baillière, 1863 ; in-8°) :

44. Parallèle entre l'inoculation blennhorrhagique et la tonsure conjonctivale dans le traitement du pannus. 19 p.

Dans les *Annales de la Société scientifique de Bruxelles :*

45. De l'abus des collyres irritants et des règles qui doivent en diriger l'emploi (II, 1877-1878) 20 p.

— *Reproduit dans le* Journal des sciences médicales de Louvain (III, 1878).

Dans les *Rapports des membres des jurys... sur l'exposition universelle de Paris en* 1878 *publiés par la commission belge* (Bruxelles, Vanderauwera, 1880) :

46. Rapport sur la classe XIV (I, 1880) 57 p.

— *Reproduit en partie dans le* Journal des sciences médicales de Louvain (V, 1880) 18 p.

Dans le *Journal des sciences médicales de Louvain :*

47. Discours prononcé par M. Hairion dans la fête qui lui fut offerte à l'occasion de la remise de son buste en marbre. III, 1878) 5 p.

UN CAS D'EMPYÈME.

Hortense D., âgée de 28 ans, mariée, a eu deux enfants, dont l'un, âgé de 4 ans et demi, est bien portant, tandis que l'autre, né il y a environ trois ans, est mort peu de temps après sa naissance.

Au mois de février 1885, c'est à dire il y a environ deux ans et demi, elle a été atteinte d'une pleurésie gauche qui l'a retenue au lit pendant sept semaines; à dater de cette époque, elle a pu se lever, très malade encore, tourmentée par la toux et la dyspnée. En mai de la même année, elle a vu apparaître sous l'aisselle, en dehors du sein gauche, une tache rouge, comparable à une cerise, très douloureuse à la pression. Quelques semaines après, le sein gauche fut peu à peu soulevé par une collection de liquide et la tuméfaction devint si considérable que, la malade étant assise sur une chaise, la pointe du sein, propulsé en avant et en bas, touchait à la cuisse gauche. A l'incision, il s'écoula une quantité considérable de pus; la cavité de l'abcès fut lavée et drainée selon les règles de l'art, mais il persista en bas et en dedans du sein gauche une ouverture fistuleuse d'où le pus s'écoulait en abondance. Au mois d'août 1885, la malade abandonna son médecin pour aller consulter un homéopathe qui lui administra des globules pendant quatorze mois.

Appelé auprès d'elle au commencement de novembre 1886, je constatai l'existence, au niveau du quatrième espace intercostal gauche, tout près du bord du sternum, d'une ouverture fistuleuse qui donnait issue à un liquide purulent, mal lié, très fétide; au dessus et en dedans du sein gauche, se trouvait la cicatrice de la contr'ouverture pratiquée lors de l'évidement de l'abcès rétro-mammaire. Par l'exploration des organes thoraciques, au moyen des signes physiques, je constatai l'existence d'un épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre gauche; c'est ainsi que le son tympanique n'existait plus au niveau de l'espace sémi-lunaire de Traube et que le cœur était refoulé derrière et à droite du sternum. Explorant la fistule de plus près, je constatai qu'un flot de pus plus abondant s'échappait à chaque secousse de toux; en outre, le stylet arrivait profondément, non pas entre la glande mammaire et le muscle pectoral, mais entre le grand pectoral et la paroi thoracique. La malade présentait du reste tous les caractères de l'émaciation et de la fièvre hectique.

Je me fis adjoindre en consultation le docteur Peel, qui avait assisté à l'ouverture de l'abcès rétro-mammaire : il fut convenu que nous ouvririons largement les clapiers et les trajets qui livraient passage au pus pour trouver la source ou l'origine de l'écoulement et éclairer le diagnostic. Cette première opération ne nous permit pas de découvrir d'ouverture entre la cavité de l'abcès et la cage thoracique : je râclai énergiquement les fongosités mollasses qui tapissaient les parois de la cavité pyogénique, je saupoudrai la plaie d'iodoforme et je terminai par le drainage et la suture. Le lendemain le pansement était souillé d'un peu de sang et de beaucoup de pus. Nous nous décidâmes alors à pratiquer un débridement plus étendu et à explorer au moyen du stylet et de la sonde tous les espaces intercostaux qui seraient mis à nu par l'incision. Cette fois il nous fut facile de découvrir, dans le quatrième espace intercostal et à quatre centimètres environ du bord sternal gauche, une ouverture par laquelle une sonde anglaise, traversant de part en part la cavité thoracique, venait butter contre la paroi latérale gauche et postérieure du thorax. Cet orifice nous paraissant situé dans un endroit fort défavorable à l'écoulement du pus, il fut entendu que nous fermerions la plaie, convenablement drainée au préalable, sauf à pratiquer quelques jours plus tard une large ouverture dans la plèvre en un point déclive, pour ménager une issue facile aux matières purulentes. L'incision de la plèvre dans un espace intercostal nous parut insuffisante et il nous sembla préférable de réséquer une certaine étendue de côte avant d'inciser la plèvre. L'opération fut pratiquée le 10 janvier 1887.

La côte réséquée sur une étendue de 4 centimètres, le bistouri introduit dans la plèvre donna issue à une quantité fort abondante de pus d'odeur repoussante. La cavité pleurale fut lavée largement avec de l'eau chaude d'abord, puis avec une solution à 5 p. c. de chlorure de zinc. Finalement nous introduisîmes dans la plaie pleurale un drain, gros et long comme le petit doigt, muni à son extrémité externe d'une épingle de sûreté.

La fièvre hectique disparut du jour au lendemain.

Pendant les trois premières semaines qui suivirent l'opération, je pratiquai dans la plèvre des irrigations journalières avec la solution de chlorure de zinc à 5 p. c. Dans la suite, j'employai des concentra-

tions plus faibles (1 à 2 p. c.) et j'espaçai les injections de plus en plus : une fois la semaine d'abord, puis tous les quinze jours. Vers la fin du traitement, alors que la cavité de l'abcès pleural s'était déjà considérablement rétrécie, j'eus recours à des injections d'une émulsion d'iodoforme dans la glycérine (25 grammes à la fois d'une émulsion de 10 grammes d'iodoforme dans 200 grammes de glycérine).

La guérison complète ne fut obtenue que le 10 juillet 1887, c'est à dire six mois après l'opération. L'examen de la malade permit de constater alors les caractères suivants : scoliose pleurétique manifeste; affaissement de la moitié gauche du thorax; excursion respiratoire du thorax affaiblie du côté gauche; la distance du milieu du sternum au niveau de la troisième côte jusqu'à l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre dorsale est de 45 centimètres à droite et de 36 centimètres à gauche; le cœur est peu à peu revenu à sa position normale et la pointe de l'organe bat, mais d'une manière très faible, dans le cinquième espace intercostal gauche à deux centimètres du bord gauche du sternum. La sonorité, le bruit respiratoire et le murmure vocal sont affaiblis dans la moitié inférieure du thorax à gauche. Respiration bruyante à droite. En ce qui concerne l'état général de la malade, nous avons assisté à une véritable résurrection. Le poids du corps a augmenté de plus de neuf kilogrammes, à dater de l'opération. L'écoulement menstruel, qui n'avait plus reparu depuis le second accouchement, s'est rétabli à partir du mois de mai. Pouls, 68 à la minute. Température normale. Appétit excellent.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'histoire d'un cas assurément intéressant d'empyème, qui s'est ouvert spontanément derrière le sein et qui a pu en imposer pour un énorme abcès froid rétro-mammaire et, après l'incision de cet abcès, pour une fistule du sein.

En sondant ce trajet fistuleux, nous nous sommes aperçu d'emblée que le stylet se dirigeait profondément derrière le grand pectoral. Or, dans l'abcès rétro-mammaire proprement dit, le pus se trouve au devant du grand pectoral.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations d'abcès rétro-mammaire consécutif à une carie des côtes, et dans le cas que nous venons de rapporter, nous aurions pu avoir affaire à une affection de ce genre, compliquée d'un épanchement pleurétique séreux

d'ancienne date : l'incision exploratrice seule nous a permis d'établir le diagnostic avec précision.

L'orifice fistuleux de la paroi thoracique découvert, il était nettement indiqué d'assurer le libre écoulement du pus renfermé dans la cavité pleurale : nous ne pouvions évidemment pas songer à élargir le trajet fistuleux naturel, attendu que cette ouverture, déjà très mal placée au point de vue de la facilité de l'écoulement purulent, aurait été obstruée dès que le cœur aurait repris sa situation normale; d'autre part, l'incision simple de la plèvre dans un espace intercostal nous parut devoir être rejetée, attendu que le drain n'aurait pu fonctionner régulièrement, dès que les côtes se seraient affaissées et rapprochées pour faciliter l'effacement de la cavité de l'abcès pleural. Il fut donc décidé que nous aurions recours à la résection d'une portion de la cinquième ou de la sixième côte dans la ligne axillaire. Il était évident que l'épanchement descendait encore plus bas : malgré cette considération, nous n'avons pas pratiqué la résection de la septième ou de la huitième côte, parce que le diaphragme, abaissé par le poids du liquide épanché, aurait pu en remontant dans la cavité thoracique boucher l'ouverture de la paroi thoracique et comprimer le drain qui y aurait été engagé.

Quant aux lavages désinfectants de la plèvre, la nécessité en est discutable, lorsque le pus qu'elle contient n'est pas altéré, mais elle ne l'est plus quand ce liquide a subi la décomposition putride. A quel désinfectant fallait-il s'adresser? De l'expérience de tous les cliniciens, les irrigations à l'acide phénique ou au sublimé corrosif sont dangereuses; au contraire, les lavages avec une solution même concentrée de chlorure de zinc (1 p. 30 et même 1 p. 15) sont inoffensives et très efficaces, tout en ayant l'inconvénient d'être passablement douloureuses. Nous avons suivi le conseil de Kœnig et nous avons lavé le foyer avec de l'eau chaude avant d'injecter la solution désinfectante. Toutefois, nous avons pris la précaution d'employer une sonde plus petite que l'orifice fistuleux afin de permettre au liquide de sortir à mesure qu'il était injecté. En effet, d'après Tillaux, de Paris, une injection dans la plèvre peut déterminer la mort par syncope, si le liquide séjourne un certain temps dans la cavité, s'il y exerce une pression. Répétées tous les jours, les irrigations au chlorure de zinc ont eu bientôt raison de la décomposition du pus.

Vers la fin du traitement, alors que la cavité de l'abcès déjà notablement rétrécie fournissait encore un écoulement très abondant, nous avons eu recours aux injections d'iodoforme.

Nous connaissions depuis longtemps déjà l'influence restrictive que l'iodoforme exerce sur les sécrétions des plaies et nous avions eu l'occasion, M. Peel et moi, de voir guérir et se cicatriser parfaitement, à la suite d'une seule injection iodoformée, un énorme abcès de la hanche, qui s'était fait jour en arrière du grand trochanter. Dans le cas présent, il a suffi de deux injections d'une émulsion d'iodoforme dans la plèvre pour faire cesser entièrement l'écoulement : en enlevant le pansement, huit jours après avoir pratiqué la seconde injection, je constatai avec surprise que le drain avait été expulsé hors de la plaie et que la suppuration était entièrement tarie.

Dr Emile LAUWERS.

LE STROPHANTHUS.

On désigne sous ce nom une drogue nouvelle fournie par une plante de la famille des Apocynées, originaire de l'Afrique centrale, qui a été fortement prônée dans ces derniers temps comme médicament cardiaque. Le Dr Langgaard et le Dr Pins ont étudié le strophanthus dans le *Thérap. Monatshefte* (nos 5, 6 et 7).

Pharmacologie. Ce sont les semences qui sont employées; elles sont très vénéneuses et usitées à ce titre pour la préparation du poison des flèches : on en a extrait une substance plus ou moins cristalline, appelée *strophanthine*, que l'on a généralement considérée comme un glycoside, mais on est loin d'être encore fixé sur la nature du principe actif du strophanthus.

La strophanthine constitue, d'après les recherches de Fraser, un poison musculaire; elle augmenterait la contractilité des muscles à petites doses et provoquerait à doses mortelles une véritable tétanisation, elle agirait plus spécialement sur le muscle cardiaque, si bien qu'aux doses thérapeutiques, le cœur serait influencé à l'exclusion des muscles de la vie de relation.

Physiologie. L'action physiologique du strophanthus sur le cœur serait comparable à celle de la digitale : renforcement de la systole, diminution de fréquence des contractions ; simultanément, augmen-

tation de la pression sanguine, et, dans certaines conditions, augmentation de la sécrétion urinaire.

Mais l'action des deux médicaments sur le système vasculaire serait différente; tandis que la digitale excite la contraction des vaisseaux par une action directe sur leur musculature et une stimulation des centres vaso-moteurs, la strophanthus n'aurait aucune influence sur la tunique contractile des vaisseaux : de là, la supériorité du strophanthus sur la digitale dans les maladies du cœur où il y a du danger à augmenter les résistances périphériques à la circulation sanguine.

La strophanthine est beaucoup plus énergique que la digitaline et doit être employée à doses plus faibles; son action est à la fois rapide et durable : dans un cas d'insuffisance mitrale, un milligramme de strophanthine abaissa en une heure 40 minutes le pouls de 140 ou 158 pulsations à 86 et l'effet favorable de cette unique dose sur la circulation et la diurèse se maintint pendant 8 jours.

Usages thérapeutiques. Tous ceux qui ont expérimenté le strophanthus sont d'accord pour admettre son efficacité comme tonique du cœur et comme diurétique dans les troubles de la circulation, particulièrement dans les lésions des orifices cardiaques; il trouverait ses indications dans les mêmes conditions que la digitale, mais l'emporterait sur celle-ci sous certains rapports que nous signalerons.

Pins a expérimenté le strophanthus dans les troubles de compensation cardiaque consécutifs aux lésions des orifices, à la dégénérescence du cœur, à l'artériosclérose, ainsi que dans la maladie de Bright.

Il a cherché également à mettre à profit ses propriétés diurétiques dans l'ascite ou l'anasarque consécutives aux embarras de la circulation de la veine porte, et ses propriétés calmantes dans les palpitations et la fréquence du pouls d'origine nerveuse, (neurasthénie, hystérie, chlorose). Son expérimentation a porté sur trois cas de lésions des orifices cardiaques, 1 cas d'endocardite aigue, 2 cas de dégénérescence graisseuse, 3 d'artériosclérose, 3 de maladies de Bright et 11 d'affections nerveuses diverses.

Dans tous les cas d'affections cardiaques avec troubles de la compensation et dans les maladies rénales, le strophanthus eut des effets incontestables : le pouls devint plus plein et plus fort, l'arythmie fit place à un pouls calme et régulier.

La fréquence du pouls s'abaissa en moyenne de 12 à 40 pulsations à la minute, la gêne respiratoire cessa, la sécrétion urinaire s'accrut dans des proportions notables et l'œdème disparut au bout de quelques jours.

L'efficacité du remède fut réellement remarquable dans trois cas dont l'auteur donne la relation en détail : dans l'un, une maladie de

Bright avec œdème généralisé considérable, eschares au scrotum et au sacrum, dyspnée intense empêchant le repos au lit depuis plus de six mois, les urines commencèrent à couler abondamment, après deux jours d'administration quotidienne de 30 gouttes de teinture de strophanthus, l'œdème disparut progressivement et la respiration s'améliora au point de permettre le repos au lit.

Un autre, atteint de sclérose rénale avancée, souffrant de dyspnée continuelle avec accès nocturnes d'asthme, porteur d'œdème aux extrémités inférieures et au scrotum, vit sa situation s'améliorer notablement dès l'administration du strophanthus et la diurèse s'établir si bien, qu'au bout de 15 jours d'usage du remède, il put quitter l'hôpital.

Dans le 3me cas, il s'agissait d'un homme de 60 ans atteint de dégénérescence graisseuse avec asystolie et dyspnée : l'effet du remède ne fut ni moins rapide ni moins remarquable que dans les deux précédents.

Dans les deux premiers cas, la digitale, la nitroglycérine et les nitrites, la spartéine, etc. avaient été administrés auparavant, mais sans succès : après l'emploi du strophanthus, l'amélioration fut si rapide et si marquée qu'on est forcé de la rapporter au remède administré.

Par contre, dans les cas d'ascite ou d'anasarque résultant de maladies abdominales (cirrhose du foie, péritonite chronique, etc). l'auteur n'a obtenu du strophanthus aucun effet appréciable sur l'augmentation de la sécrétion urinaire ou la disparition de l'œdème.

Le résultat fut également négatif dans les cas d'anémie, de chlorose et de maladies nerveuses où il s'agissait de modérer les palpitations cardiaques ou la fréquence du pouls.

Dans les maladies fébriles où l'énergie cardiaque était en défaut, l'auteur s'est également bien trouvé du strophanthus, mais son influence sur la température ou l'évolution de la maladie a été nulle.

En outre, dans les maladies du cœur et du rein, l'action favorable du strophanthus ne se bornerait pas au pouls et à la diurèse, mais elle s'exercerait encore d'une manière remarquable sur les troubles respiratoires (dyspnée et accès d'asthme) qui les accompagnent habituellement.

Telles sont les conclusions que le dr Pins tire des résultats obtenus.

Dans tous les cas de troubles circulatoires dépendant de maladies du cœur, des gros vaisseaux ou du parenchyme rénal, la teinture de strophanthus s'est montrée utile, en régularisant l'action du cœur, en augmentant la force du pouls, en diminuant la fréquence des battements ; consécutivement, en augmentant la sécrétion urinaire, et en faisant disparaître l'œdème, en régularisant la respiration et en

supprimant la dyspnée et les accès d'asthme; simultanément enfin en relevant dans des proportions inespérées l'état général des patients.

Sans doute, dans les cas où le muscle cardiaque est presque complètement dégénéré ou bien où le parenchyme rénal est en grande partie atrophié, il n'y a rien à attendre du nouveau remède non plus que des autres médicaments cardiaques, mais, autant que l'auteur peut en juger d'après son expérience, il serait supérieur à ceux-ci, la digitale comprise, en tant que tonique du cœur.

Les indications seraient en somme les mêmes que celle de la digitale ; mais la digitale a un effet cumulatif, toxique, que ne possèderait pas le strophanthus : plusieurs patients ont pris le remède pendant 6 à 10 semaines sans en éprouver aucun préjudice ; de là, un premier motif de le préférer à la digitale : un autre résulte de ce que les troubles respiratoires lui céderaient plus rapidement et plus sûrement qu'à la digitale ; un troisième de ce que les voies digestives le supporteraient plus facilement. La digitale se montrerait seulement supérieure comme diurétique.

Mode d'administration et doses. Jusqu'à présent, on s'est servi de *la strophanthine* et de *la teinture de strophanthus*. Langgaard conseille de s'abstenir de la strophanthine jusqu'à ce qu'on aît obtenu un produit auquel on puisse toujours se fier : la dose quotidienne moyenne de strophanthine est de un milligramme; on l'a donnée en injection sous-cutanée et en ingestion.

La teinture de strophanthus est surtout usitée : celle que l'on trouve dans le commerce est préparée avec 1 partie de semences pour 20 parties d'alcool. C'est un liquide jaunâtre, d'une saveur amère et piquante qui est pris sans répugnance; la dose journalière varie de 10 à 40 gouttes.

Pins commençait par administrer 5 gouttes, trois fois dans la journée, et élevait graduellement la dose jusqu'à 10 gouttes à la fois.

Quant à la durée de l'administration, dans les troubles modérés de compensation, on suspendra, d'après Pins, le remède au bout de quinze jours, et il n'y aura pas lieu d'y revenir avant trois mois écoulés en moyenne ; mais, dans les cas graves, il faudra insister davantage et continuer le remède pendant quelques mois avec des intervalles de repos.

L'effet persiste encore d'ailleurs quelques jours après la cessation du remède. Pins a vu la diurèse persister 6 à 8 jours après la suppression du remède, qui avait été donné pendant 3 ou quatre jours, et l'amendement des troubles respiratoires se maintenir plus longtemps encore. L. D.

—

TERPINE ET TERPINOL.

Ce sont deux dérivés de l'essence de térébenthine que l'on a introduits, il y a quelque temps, dans la thérapeutique. Le Dr Rabow les étudie dans le *Thérap. Monatshefte* n° 8.

Terpine. Lorsqu'on abandonne l'essence de térébenthine au contact de l'eau, on voit se former au bout de quelque temps sur les parois du vase des aiguilles cristallines qui sont constituées par la terpine, autrement dit par l'hydrate de terpine. On prépare la terpine de cette façon : on laisse digérer pendant quelques jours dans de grands vases en porcelaine un mélange de 4 parties d'essence de térébenthine rectifiée, de 3 parties d'alcool et d'une partie d'acide nitrique; il se précipite des cristaux de terpine qu'on sépare par la filtration.

Ces cristaux sont incolores et inodores, d'une saveur faiblement aromatique, très peu solubles dans l'eau froide et l'essence de térébenthine, plus solubles dans l'eau chaude, l'alcool et l'éther.

Les usages de la terpine sont les mêmes que ceux de la térébenthine : ainsi, dans les maladies des bronches, des voies urinaires et du système nerveux.

Maladies des voies respiratoires. D'après Lépine, de petites doses (20 à 60 centigrammes) de terpine augmentent plutôt les sécrétions bronchiques, les fluidifient, et facilitent ainsi l'expectoration.

Des doses plus fortes (un gramme et plus) restreignent au contraire les sécrétions, et diminuent ou suppriment l'expectoration ; de là, l'utilité du remède dans les bronchites.

Germain Sée dit avoir expérimenté la terpine avec succès dans les diverses périodes de la phtisie, lorsque l'expectoration est abondante, dans les bronchites accompagnées de dyspnée à la suite de l'encombrement des bronches par les exsudats, et dans les hémoptysies du début de la tuberculose, où elle aurait une action hémostatique très appréciable.

Maladies des voies urinaires. Selon les affirmations de Lépine, la terpine, administrée à petites doses, serait un véritable diurétique en vertu de son action sur l'épithélium rénal. Il faudrait cependant être très réservé dans son emploi contre les maladies du rein.

Dans la cystite et la gonorrhée chronique, l'efficacité du remède, prôné surtout par Morra, a besoin d'être confirmée.

Maladies nerveuses. La terpine aurait au même titre que la térébenthine, mais à doses moindres, une efficacité réelle dans certaines névralgies, en particulier dans la sciatique.

Le Dr Rabow a demandé à deux médecins qui avaient soumis la terpine à une expérimentation étendue et prolongée leur appréciation sur le nouveau remède.

L'un d'eux, Lazarus, s'est déclaré satisfait de la terpine; elle a toujours été bien supportée, même à la dose quotidienne de 1 gramme et demi à deux grammes; il considère d'ailleurs ces doses élevées seules comme actives; les cas dans lesquels le médicament lui a paru utile sont les bronchites chroniques avec une expectoration peu abondante et des phénomènes très marqués d'irritation, telles qu'on en rencontre chez les emphysémateux et les phtisiques : il faciliterait rapidement l'expectoration et diminuerait les quintes de toux.

L'autre, Hausmann, apprécie moins favorablement la terpine dans le traitement des bronchites chroniques ou tuberculeuses; son effet restrictif sur les sécrétions ne serait le plus souvent que passager et il n'y aurait pas lieu de lui donner la préférence sur l'essence de térébenthine : tout au plus, serait-elle mieux supportée que celle-ci par les premières voies pour un usage prolongé.

Mode d'administration et doses. Les doses varient de 20 centigrammes à 1 gramme et plus; la terpine ne présente aucun danger d'intoxication à la dose de 3 ou 4 grammes et plus par jour. On la prescrit en nature dans du pain azyme, en pilules, ou en solution dans un mélange d'eau et d'alcool. La forme pilulaire est préférée par Lazarus, parce que les solutions exigent une trop grande quantité d'alcool.

Voici quelques formules usuelles :

R.	Terpini hydrat.	3 grammes
	Sacch. albi	
	Mucil. gum. arab.	q. s.
	U. f. pil. n° 30	
R.	Terpin. hydrat,	10 grammes
	Spirit.	150 grammes
	Aq. dest.	100 grammes
	M. D. S.	

Terpinol. Le terpinol est un dérivé de la terpine : on l'obtient en traitant cette dernière par les acides sulfurique ou chlorhydrique étendus; c'est un liquide incolore, huileux, d'une odeur très prononcée rappelant celle de la jacinthe, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther.

C'est une substance inoffensive qui est très bien supportée par les voies digestives. Elle serait surtout éliminée par les voies respiratoires et mériterait d'être utilisée dans les mêmes cas que la terpine; en outre, elle aurait l'avantage de masquer la fétidité des crachats par son odeur spéciale. Dans les maladies des voies urinaires ou les névralgies, elle serait par contre peu utile.

On administre le terpinol en capsules ou en pilules, à la dose quotidienne de 50 centigrammes à un gramme et plus, par exemple :

Terpinol
Natrii benzoic. à 1 gramme
Sacch. albi q. s.
U. f. pilul. n° X.

L. D.

ANTIPYRINE DANS LES CÉPHALALGIES.

M. G. Sée a fait à l'Académie de médecine de Paris (23 août 1887) une communication sur le traitement des maux de tête (céphalées, migraines et névralgies faciales) par l'antipyrine. L'histoire des céphalées est pour ainsi dire personnelle. Il suffit d'y songer pour les distinguer de la migraine, qui est toujours hémicranique, accompagnée de troubles visuels, de nausées, de vomissements; pour les discerner des névralgies faciales, qui sont localisées dans un nerf déterminé; pour les disjoindre des douleurs de têtes des enfants anémiques ou chlorotiques.

Après avoir observé un certain nombre de céphalées de croissance, M. Sée fut frappé de leur coïncidence fréquente avec l'hypertrophie cardiaque, de même origine. Dans ces céphalées d'origine cardiaque, on arrive à des résultats remarquables au moyen de la médication iodurée, aidée par la convallamarine ou la spartéine. Ainsi nous avons des céphalées de croissance, des céphalées cardiaques, et chez les jeunes enfants des débilitations du cœur et du corps. M. Sée rapporte 12 faits qui comprennent des adolescents de 13 à 19 ans, traités fructueusement par l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour.

L'excès de travail est rarement la cause unique des céphalées, la véritable cause est le développement physique inégal des diverses parties du corps et surtout des organes internes; les céphalées de croissance se voient souvent après une élongation rapide du corps et, dans ce cas, il existe généralement une hypertrophie cardiaque pour ainsi dire préalable. Ainsi, s'il y a des céphalées de fatigue cérébrale, les plus certaines sont des céphalées directes de croissance ou des céphalées cardiaques. M. Sée ajoute les céphalées oculaires, si parfaitement étudiées par M. Perrin, Javal et Parinaud.

L'antipyrine qui est, d'après l'expérimentation, le plus puissant modérateur du système cérébro-spinal et du cœur, qui par cela même, constitue le véritable remède antidouloureux, ramène l'activité du système nerveux central à la moyenne normale; dès que l'encéphale est dégagé des sensations morbides sous ce rapport, il se produit une

véritable inhibition; l'antipyrine est le premier médicament inhibitoire en date et en fait.

Chez les migraineux, quelle qu'en soit la cause, M. Sée prescrit l'antipyrine dès le début de l'accès : un gramme au réveil et un gramme une heure après. Chez tous ses malades, après la deuxième dose, au plus tard, l'accès se trouvait absolument enrayé. Il en est de même de l'influence de l'antipyrine sur les névralgies faciales et les tics douloureux de la face. E. H.

—

CHLORURE DE MÉTHYLE DANS LES NÉVRALGIES.

La méthode préconisée par Debove pour le traitement des névralgies, c'est à dire, la réfrigération de la peau au moyen des pulvérisations du chlorure de méthyle (voir *Revue médicale*, avril 1885), tendant à se généraliser, l'auteur est revenu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux (8 avril 1887).

Relativement aux résultats obtenus, il a guéri presque toutes les sciatiques traitées — environ cent cinquante — et presque toujours d'une façon instantanée : les cas rebelles représentent seulement un vingtième environ.

Mais, outre les sciatiques vraies, il y a des affections douloureuses mal définies qu'il a traitées de la même façon, tantôt avec succès, tantôt sans profit.

Des malades qui boitaient depuis plusieurs années et chez lesquels un certain degré d'atrophie pouvait faire supposer une névrite, ont même été guéris par ce moyen.

Nous ajouterons que nous avons obtenu nous même au bout d'une seule séance prolongée de réfrigération, la guérison d'une sciatique excessivement intense qui s'était montrée pendant cinq mois rebelle à tous les traitements usuels.

L'auteur considère les lumbagos et même la névralgie faciale comme justiciables du traitement : pour la névralgie faciale, il y a toutefois des rechutes que l'on doit traiter par de nouvelles pulvérisations.

On doit savoir que le chlorure de méthyle peut entraîner des inconvénients sérieux, lorsqu'il est manié d'une façon imprudente : la congélation produite peut entraîner de la vésication et même une escharification profonde : il faut veiller à n'obtenir qu'une rougeur érythémateuse après la réaction.

Il faut être prévenu, en outre que des pigmentations indélébiles peuvent résulter des pulvérisations les plus légères.

L'irritation de la peau sera donc superficielle, mais en revanche elle portera sur une grande surface.

Debove fait ainsi porter la réfrigération sur toute la fesse et toute la face postérieure du membre dans la sciatique : mais il n'opère qu'avec les plus grandes réserves les diabétiques, les albuminuriques et les membres œdématiés.

Pour les névralgies faciales, il fait sur la face des pulvérisations légères tous les jours, pendant deux mois; elles sont tout à fait inoffensives, et ne sont même pas suivies des pigmentations observées ailleurs, ce qui est important; pour protéger les yeux, on se contente de dire aux malades de les fermer.

16 guérisons auraient été obtenues de la sorte dans 18 cas; les rechutes, qui sont survenues après 6 mois ou un an, ont cédé plus facilement au même moyen.

A l'hôpital St-Louis, M. Besnier utilise la réfrigération par le chlorure de méthyle pour obtenir l'anesthésie, avant de pratiquer la cautérisation ignée du lupus.

M. Bailly a eu recours au même moyen pour l'application de la cautérisation cutanée révulsive par le feu dans les diverses espèces d'arthrite, les maladies des os, la tuberculose pulmonaire, etc.

Ce qui est remarquable, c'est que Dumontpallier et Jacquet ont observé que la réfrigération du membre sain par le chlorure de méthyle produit également la cessation de la douleur dans le cas de sciatique ; seulement, la guérison est moins durable que quand on agit sur le membre malade : ce phénomène est facile à interpréter, dit Dumontpallier, en considérant que les douleurs de la sciatique sont d'origine centrale.

L. D.

LITHINE ET ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

L'année dernière, le Dr Martineau a exposé à la Société de thérapeutique un nouveau traitement du diabète qui lui avait donné, disait-il, 67 guérisons définitives sur 70 cas traités : ce traitement consiste dans l'administration simultanée des sels de lithine et des préparations arsénicales, les modifications du régime ne consistant qu'en une certaine réserve sur l'ingestion des féculents, des fruits et du sucre.

A la séance du 27 juillet 1887, de la même société, le Dr Créquy a annoncé avoir expérimenté le traitement du Dr Martineau avec succès, sans avoir obtenu toutefois les résultats merveilleux signalés par ce dernier.

C. Paul et Dujardin-Beaumetz ont parlé également en faveur du traitement du diabète par la lithine, mais, lorsqu'il s'agit d'un diabé-

tique vrai, a dit Dujardin-Beaumetz, il ne peut procurer que des améliorations, mais jamais une guérison.

Quant au mode d'emploi, Martineau procède ainsi :

Dans le globe supérieur d'un appareil à eau de Seltz de la capacité d'un litre environ, il met :

1° Un paquet de 20 centigrammes de carbonate de lithine ;

2° Une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Eau distillée	500 grammes
Arséniate de soude	20 grammes

L'eau est bue pendant la journée aux repas.

M. P. Vigier a proposé de remplacer cette eau de Seltz lithinée arsénicale par les pilules suivantes, d'un usage plus pratique :

Carbonate de lithine,	centigr.	10
Arséniate de soude,	milligr.	3
Extrait de gentiane,	centigr.	5

Deux pilules par jour. L. D.

—

DANGERS DES VÉSICATOIRES CHEZ LES ENFANTS.

« On ne saurait trop répéter, écrit le Dr Comby dans le *Progrès médical* (1887, n° 21), que le vésicatoire est un de ces agents qu'il faut manier, en médecine infantile, avec une extrême circonspection. » Il rapporte à ce propos l'appréciation autorisée du Dr Archambault sur l'emploi des vésicatoires chez les enfants : « Je ne suis pas sûr de leur avoir jamais vu faire de bien, mais je suis bien certain qu'ils ont souvent fait beaucoup de mal. »

L'emploi traditionnel du vésicatoire permanent dans les cas de *gourmes*, de scrofulides cutanées ou muqueuses, etc., continue l'auteur, a des inconvénients ; il entretient une plaie suppurante qui épuise les enfants et fait naître souvent les éruptions eczémateuses et impétigineuses qu'il a précisément pour but d'éloigner.

Mais, d'autres fois, l'emploi intempestif des vésicatoires n'a pas seulement de grands inconvénients : il peut compromettre l'existence. C'est le cas, par exemple, dans certaines maladies aigues de l'enfance : ainsi, « le médecin qui prescrit un vésicatoire chez un enfant atteint ou soupçonné de diphtérie, est coupable. »

Après la diphtérie, la rougeole est la maladie aiguë qui paraît à l'auteur la plus intolérante pour le vésicatoire : si l'on veut faire de la révulsion locale pour combattre une broncho-pneumonie, qu'on recoure plutôt, dit-il, à la teinture d'iode. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE OPHTALMIQUE ACCOMPAGNÉE.

Le prof. Charcot a attiré l'attention sur la curabilité d'une entité séméiologique distincte, la migraine ophthalmique, dite accompagnée. La migraine ophthalmique, qui se différencie nettement des autres migraines, comprend deux variétés : l'une, *migraine simple*, n'est constituée que par des douleurs de tête et des troubles visuels ; l'autre, *migraine accompagnée*, offre, outre les signes précédents, des symptômes cérébraux plus alarmants : de l'aphasie transitoire, des sensations de fourmillement d'un côté du corps, de la parésie, ou même des accès épileptoïdes.

Ces symptômes, après être restés transitoires, peuvent persister pendant plus ou moins longtemps, et même s'établir à l'état définitif.

Or, le *traitement bromuré*, institué dans les cas de ce genre par M. Charcot possède une influence curative manifeste, mais les malades doivent être *longtemps*, *constamment* et *fortement* imprégnés : on réalisera pratiquement ces indications de la façon suivante : 2 ou 3 grammes de bromure par jour la première semaine ; 3 ou 4 la deuxième semaine ; 4 ou 5 la troisième ; 5 ou 6 la quatrième ; on recommence ensuite la même série. On ne suspend le traitement qu'après la cessation complète et durable de tous les signes de la maladie : la durée minimum du traitement ne serait pas inférieure à 3 ou 4 mois.

L. D.

—

DIGESTIBILITÉ DES ALIMENTS.

Il importe que le médecin connaisse avec précision le degré de digestibilité des divers aliments pour pouvoir régler avec convenance le régime alimentaire du malade ou du convalescent.

Les aliments les plus digestibles quittent le plus tôt l'estomac et Leube a imaginé de se servir de la sonde stomacale pour établir leur classement. Négligeant certaines particularités individuelles ou idiosyncrasiques, il est arrivé à les ranger en quatre groupes.

Premier degré : bouillon ; jus de viande ; lait ; œuf cru ou peu cuit ; biscuit non sucré ou bonbons anglais secs.

Deuxième degré : cervelle, pieds et riz de veau bouillis ; jeunes poulets ; pigeons bouillis ; bouillie ; tapioca.

Troisième degré : Bœuf cru ou saignant ; jambon crû ; purée de pommes de terre ; pain blanc pas trop frais ; café au lait avec pain.

Quatrième degré : poulet, pigeon, veau, chevreuil, perdrix rôtis ; rosbeef froid ; brochet ; les truites et le lièvre sont difficiles à digérer ; macaroni ; bouillon au riz ; — le vin en petite quantité ralentit la digestion ; les sauces doivent être proscrites.

Après ces degrés vient, dans l'ordre de la digestibilité, le régime ordinaire.

Avant la sonde stomacale l'expérience des siècles avait déjà appris que les estomacs vigoureux peuvent seuls affronter les grands dîners.

E. H.

—

DISSÉMINATION DE LA TUBERCULOSE PAR LES MOUCHES.

Dans la séance du 16 août 1887 de l'Académie des sciences de Paris, MM. Spillmann et Haushalter ont attiré l'attention sur l'influence que pourraient avoir les mouches sur la dissémination du bacille de la tuberculose. Ils font remarquer la persistance avec laquelle, en été, dans les salles d'hôpital, les mouches communes affluent autour des lits des tuberculeux. Les mouches qui se sont posées sur des crachats contiennent des bacilles de la tuberculose qui deviennent libres après la mort de l'insecte ou sont déposés par lui sur les plafonds, les rideaux, les aliments, etc. Pour conjurer le danger de cette dissémination il conviendrait que les crachats fussent recueillis dans des vases à couvercle contenant des liquides stérilisants. E. H.

—

LA PHAGOCYTOSE.

M. Lavrand rend compte dans le *Journal des sciences médicales de Lille* des nouvelles expériences de M. Metschnikoff.

D'après M. Metschnikoff, la *phagocytose* est la propriété que possèdent certaines cellules, *phagocytes*, d'absorber certains corps étrangers microscopiques. Si l'on choisit des Daphnies, petits crustacés d'eau douce, animaux transparents qui sont sujets au parasitisme d'un champignon inférieur (*monospora tricuspidata*), on voit les parasites pénétrer de l'intestin dans la cavité du corps de l'animal, et l'on peut assister à la lutte qui s'engage aussitôt entre les champignons et les leucocytes qui, isolément ou à plusieurs, englobent la spore et la digèrent, sauvant ainsi l'animal du danger qu'il courait. 80 fois sur 100 les phénomènes se passent ainsi; mais si, pour une raison quelconque, les leucocytes sont vaincus, ce qui arrive 20 fois sur 100, l'animal meurt.

Chez les animaux supérieurs et l'homme lui-même, il s'opère également une lutte des éléments cellulaires contre l'invasion des microbes, mais le combat est plus compliqué. Il existe deux sortes de phagocytes: les *microphages* ou cellules migratrices, petites, à noyau lobulé ou multiple (leucocytes) concentrés dans les systèmes lymphatiques ou sanguins; les *macrophages* sont des cellules fixes du tissu conjonctif,

les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires, pour ne parler que des plus importantes. Notons en passant l'apparition de ces macrophages que nous ne connaissions pas encore.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels que l'organisme subit l'invasion microbienne sans lui opposer une résistance de la part des phagocytes. Voyons les faits.

Dans le *charbon*, affection si rapidement mortelle chez les souris, lapins, cobayes, la résistance de la part des microphages est à peu près nulle, car on trouve beaucoup de bactéridies libres à côté de leucocytes incapables de les absorber, quoique à même d'absorber d'autres micro-organismes. Mais si le virus inoculé a été affaibli par la méthode de Pasteur, Roux et Cumberland, il en arrive tout autrement; la réaction leucocytaire est vive, la lutte chaude et finalement les bactéridies virulentes sont absorbées et détruites dans l'intérieur des phagocytes. Mêmes phénomènes si l'on inocule un lapin vacciné antérieurement.

Pour se convaincre que l'observateur n'est pas le jouet d'une illusion, on fait usage d'une vieille solution aqueuse de vésuvine, incapable d'altérer les bactéridies vivantes mais pouvant colorer en brun vif les individus déjà morts. En traitant ainsi l'exsudat leucocytaire accumulé autour des bactéridies après inoculation, il était facile de voir que la plupart des bâtonnets englobés dans le protoplasma des phagocytes prenait la teinte brune, tandis que les cellules restaient incolores et continuaient de vivre. Après un séjour prolongé dans le contenu des leucocytes, les bactéridies altérées étaient à grand'peine reconnaissables.

Les expériences sur les grenouilles maintenues au-dessus de 20° ont donné les mêmes résultats. La lymphe seule des grenouilles, l'humeur aqueuse de l'œil permettaient le développement des spores, mais bientôt les leucocytes se rassemblent, pénètrent auprès des bactéridies qui viennent de naître et les mangent en même temps qu'il se produit un hypopyon très net.

Tout cet ensemble d'observations et d'expériences prouve clairement que, dans la lutte de l'organisme contre le virus charbonneux, les éléments phagocytaires jouent un rôle actif et considérable dont la valeur ne peut plus être niée.

Pour savoir si l'action microbicide des phagocytes, observée chez les Daphnies et dans le charbon, n'est pas quelque chose d'accidentel, et si l'on est bien en présence de la manifestation d'une règle générale, il fallait étudier d'autres maladies infectieuses, principalement celles qui aboutissent à la guérison.

Dans l'*érysipèle* le rôle des phagocytes est le même que dans le charbon : après que le *streptococcus erysipelatos* a pénétré dans le

derme, il survient une réaction inflammatoire brève qui amène un grand nombre de microphages sur le terrain de la lutte et les microbes ne tardent pas à être dévorés et détruits.

Les phagocytes, surtout par l'intermédiaire des macrophages, absorbent une quantité vraiment surprenante de parasites *malariques* appartenant au groupe voisin des coccidies.

Le *typhus à rechûtes* offre encore un exemple frappant de phagocytose ; dans cette maladie le sang est rempli, comme on le sait depuis la découverte d'Obermeier, par des masses de spirilles très mobiles qui ne se trouvent que pendant l'accès de fièvre : disparaissant dans la période d'apyrexie, ces microbes reparaissent dans la rechute suivante etc. Comme il a été impossible de découvrir des spirilles dans l'intérieur des leucocytes pendant l'apyrexie aussi bien que pendant l'accès, et que la maladie se termine par la guérison, on en a conclu que l'organisme remportait la victoire sans l'intervention des phagocytes. Des expériences ont été entreprises sur le singe : au début, beaucoup de spirilles dans le sang, aucun dans la rate : enfin, vers la fin de l'accès, les spirilles sont tous transportés dans la rate. Au début de l'apyrexie, il n'y a qu'une faible quantité de microbes libres : la plupart sont englobés par les leucocytes à noyau multiple qui abondent dans la rate ; souvent le contenu du microphage est comme feutré de spirilles. Donc, la phagocytose est encore démontrée par le typhus à rechutes, car l'accès ne dure qu'aussi longtemps que les spirilles sont libres.

Il est bon de remarquer qu'il ne suffit pas que les microbes soient libres, il faut en outre qu'ils soient digérés, ce qui n'est pas synonyme (septicémie des souris, tuberculose et lèpre).

Ce bref exposé des faits acquis nous fait admettre, dit M. Lavrand, que le rôle prophylactique des phagocytes est bien une règle générale pour tout le règne animal. Par là les phénomènes de l'inflammation sont expliqués : la réaction inflammatoire consiste en un rassemblement de phagocytes qui se portent au point menacé et s'attaquent aux corps étrangers. On voit donc l'utilité de la diapédèse.

Chez les vertébrés, il se développe de grands amas phagocytaires (rate, moëlle des os) rattachés au système sanguin ; en outre, il s'en trouve aux endroits les plus exposés, comme la bouche (tonsilles et autres glandes leucocytaires), les bronches, l'intestin (plaques de Peyer, glandes solitaires)

Le rôle des phagocytes comme élément de lutte contre les microbes, nous explique leur accumulation dans les lieux d'invasion et aussi l'hypertrophie des organes phagocytaires (rate, glandes lymphatiques, tonsilles, plaques de Peyer) dans le cours des infections.

La phagocytose permet encore de concevoir l'immunité contre certaines maladies : les phagocytes sont victorieux; elle fait aussi comprendre comment agissent les vaccinations préventives : elles habituent (des expériences le prouvent) les phagocytes à absorber, puis à digérer tels ou tels microbes. C'est, en somme, un phénomène d'adaptation.

L'absence d'immunité serait le refus des leucocytes d'avaler les microbes, ou une sorte de dyspepsie de la cellule qui ne pourrait pas le digérer, bien que l'ayant absorbé (tuberculose).

La théorie de Metschnikoff, très séduisante à première vue, a rencontré déjà la contradiction. On a objecté que l'afflux des leucocytes autour des bactéries injectées dans les tissus, forme un rempart protecteur plutôt qu'une armée dévorante et pourrait bien empêcher le développement des spores tout simplement en s'opposant à l'apport de l'oxygène ou en les étouffant (Baumgarten).

Holmfeld estime que Metschnikoff a trop généralisé et que si la phagocytose joue probablement dans l'organisme un rôle protecteur vis à vis de certains virus, ce rôle secondaire est très variable et dépend d'une foule de conditions. Par exemple, dans des maladies virulentes comme la septicémie des souris et la tuberculose, les cellules peuvent avoir une véritable propension à manger les microbes, mais d'autre part, des microorganismes beaucoup moins dangereux, tels que les coccus pyogènes, ne sont jamais dévorés par les leucocytes.

Holmfeld s'est livré à des expériences très intéressantes. Il s'est servi de la bactéridie du charbon qu'il a inoculée à des lapins et des souris, animaux qui présentent pour cette bactéridie une réceptivité spéciale — et à des rats, qui y sont à peu près réfractaires. Ces inoculations ont été faites avec toutes les précautions désirables. Comme il fallait s'y attendre la marche de la plaie d'introduction a présenté des différences en rapport avec la plus ou moins grande réceptivité de l'animal pour le virus injecté.

Chez les lapins et les souris on observe au niveau de la piqûre, un œdème plus ou moins étendu ; si on rouvre la plaie, il s'écoule une goutte de sérosité dans laquelle le microscope ne trouve pas ou presque pas de globules de pus. Cette absence de pus persiste jusqu'à la mort de l'animal quand on n'a inoculé aucun microbe étranger. Chez les rats il en est tout autrement et l'on trouve constamment du pus. La quantité de pus est d'autant plus considérable que la matière injectée était plus virulente et l'animal plus âgé ou plus résistant. Ainsi chez le jeune rat, plus sensible que le vieux à la virulence charbonneuse, la purulence est à peine marquée, elle est très abondante chez le vieux rat, réfractaire au charbon.

Emploie-t-on un virus charbonneux atténué par des cultures successives on arrive chez les lapins et les souris à des résultats différents : l'injection provoque une inflammation locale modérée, avec formation de pus. Chez les rats, jeunes ou vieux, la suppuration est manifeste, même au bout de 24 heures. En résumé, chez l'animal très sensible, la réaction locale est insignifiante et il ne se produit pas de pus ; les bactéridies infectent rapidement l'organisme et elles tuent l'animal, pour ainsi dire, sans bruit. Chez l'animal réfractaire la réaction locale est vive et la suppuration nette. Les phénomènes locaux sont donc en raison inverse de la réceptivité morbide.

Il paraît établi que plus un microbe est dangereux, moins il produit de lésions anatomiques ou locales ; au contraire, un microbe pathogène beaucoup moins terrible, ne foudroyant pas l'animal ou ne le tuant qu'à la longue, provoque des altérations anatomo-pathologiques très apparentes.

Comment la suppuration rend-elle les bactéries inoffensives ? — Holmfeld tend à admettre que l'atténuation de la virulence est plutôt le fait d'une action chimico-biologique que d'une action physique comme la phagocytose. On découvre en somme peu de bactéries avalées par les globules blancs, tandis qu'on en voit un grand nombre en liberté ; en outre, cette absorption n'est pas nécessaire pour les mettre hors d'état de nuire. Du virus charbonneux frais est inoculé à un rat, puis, 24 heures après, la sécrétion de la plaie est injectée à une souris, qui meurt en un ou deux jours ; em même temps que des cultures faites sur gélatine prospèrent. Mais, si on laisse écouler 48 heures après l'inoculation, la sécrétion locale du rat ne tue plus la souris et ne se développe plus sur gélatine. En tout cas, après 3 jours, les bactéries sont toujours mortes dans le pus chez le rat, sans cependant que les microbes soient absorbés par les leucocytes. Le rôle de la phagocytose est donc secondaire, sinon nul.

Vingt quatre heures après l'inoculation charbonneuse, on aspire des bactéries bien vivantes dans des tubes capillaires stérilisés, en même temps que le pus ambiant. Les tubes sont fermés à la lampe et conservés à 37°c, puis tous les jours, on fait des inoculations dans la gélatine et sur des souris. On a démontré ainsi que dans les tubes où existait de la matière nutritive, les bactéridies vivaient longtemps, — tandis que les bactéridies conservées avec du pus mouraient en deux ou trois jours.

La phagocytose rend-elle compte de ces faits, alors qu'on sait que les leucocytes ne vivent pas longtemps en dehors de l'organisme ? — Faut-il accuser le manque d'oxygène ou l'accumulation des produits de déchet ? Mais ces conditions existent dans les tubes où cependant les bactéries vivent longtemps.

Nous tiendrons le lecteur au courant de la suite de cette intéressante discussion. E. H.

—

NÉVROSES D'ORIGINE NASALE.

Depuis que Voltolini et Hack ont signalé la relation qui existait entre les affections du nez et certaines névroses (voir la *Revue*, mai 1882, avril 1883, avril et mai 1885), la question n'a fait qu'acquérir une importance plus grande ; il faut dire cependant que les résultats thérapeutiques n'ont pas toujours répondu aux espérances qu'on avait fondées à juste titre sur la doctrine nouvelle.

Néanmoins, il nous paraît utile d'analyser une série d'articles publiés sur ce sujet.

M. Moure fait remarquer, au point de vue étiologique, que ce ne sont pas seulement les polypes ou les autres tumeurs des fosses nasales qui déterminent l'éclosion de phénomènes réflexes, mais toute autre cause susceptible de modifier l'état de la muqueuse : ainsi une simple inflammation, l'aspiration de vapeurs ou de poussières irritantes, l'hypertrophie chronique de la muqueuse, les déviations de la cloison, les exostoses, les corps étrangers.

Les névroses d'origine nasale sont très nombreuses et se divisent en plusieurs groupes : il y a d'abord *les névroses sur place* parmi lesquelles il faut surtout signaler ces *éternûments* qui durent parfois des heures entières et s'accompagnent d'écoulement nasal aqueux avec larmoiement et obstruction du nez, puis certains cas de l'affection connue sous le nom de *fièvre des foins*, revenant périodiquement chaque année. Sur 20 cas d'asthme des foins consécutif à l'hypertrophie des cornets, Hering obtint 12 guérisons par la galvanocaustie.

Il y a ensuite des *névroses du voisinage*, telles que les *névralgies sus-orbitaires ou du trijumeau* en général, les différentes *céphalalgies* ou *la migraine*.

Sur 10 cas de migraines imputables à cette cause, Hering a signalé 4 guérisons et 2 améliorations ; de l'aggravation, une fois.

Du côté du larynx, il y a à signaler la *toux spasmodique réflexe*, *l'aphonie*, *le spasme de la glotte*. Certains auteurs ont dit avoir constaté l'existence d'une zone d'excitabilité réflexe à la partie postérieure du cornet ou du septum ; lorsqu'on touche cette zone avec une sonde, on verrait éclater des accès de toux coqueluchoïde, d'éternuement et même de dyspnée ; mais le fait n'a pas été constaté chez tous les sujets ni par tous les expérimentateurs.

Toujours est-il que Hering a rapporté un cas de guérison d'une toux tenace durant depuis plus d'un an par la cautérisation de la

muqueuse érectile fortement hypertrophiée du cornet inférieur, quatre cas d'aphonies d'origine névropathique dont deux guérirent et deux s'améliorèrent par le même traitement ; en outre, Michaël, Hoffmann, Hering, Moure ont eu l'occasion d'observer des cas de spasme des muscles constricteurs du larynx, — les uns graves ayant même nécessité la trachéotomie, — qui cédèrent rapidement, grâce à un traitement convenable des lésions nasales, souvent légères, constatées à l'examen.

Pour certains auteurs, la coqueluche constituerait une névrose de la même origine.

Quant aux maladies des bronches, l'*asthme* constitue une des affections qui ont disparu le plus souvent après la guérison de la muqueuse nasale : sur un certain nombre de cas dont Hack a publié les résultats, il signalait 38 guérisons radicales, complètes et permanentes, 17 améliorations marquées et 12 insuccès.

Il s'en faut que tous les cas d'affections nasales bien déterminées entraînent des accès d'asthme, puisque sur 200 cas de polypes nasaux muqueux, 6 seulement déterminaient des accès d'asthme ; 4 guérirent par l'ablation de la tumeur (Hering).

Tornwaldt a trouvé que la bourse pharyngienne dite *glande de Lutschka*, pouvait occasionner l'asthme, indépendamment de la muqueuse nasale : il a guéri des malades atteints d'asthme invétéré en cautérisant cette bourse ou même en enlevant les amygdales hypertrophiées.

Du côté des organes des sens, le *strabisme*, le *scotôme scintillant*, peut-être certains cas *d'amaurose et d'amblyopie*, dériveraient des maladies nasales. Le *vertige* est un phénomène fréquent : Hack cite quatre cas de vertiges survenant le matin et caractérisés par de l'hésitation dans la marche : dans deux de ces cas, il s'agissait d'hommes vigoureux, atteints l'un et l'autre d'obstruction nasale : le traitement de cette dernière eut raison des vertiges. Récemment le Dr Joal a fait des recherches pour établir la fréquence du vertige nasal, véritable *vertigo a naso loeso*, écrit-il.

Des phénomènes cérébraux plus graves, tels que l'*épilepsie*, sont aussi parfois des névroses d'origine nasale.

Hack rapporte l'observation d'une jeune fille de 25 ans qui, au moment où la menstruation s'établit, eut un accès d'épilepsie typique : à chaque époque menstruelle, l'accès se reproduisait : la malade se plaignait en même temps d'obstruction nasale et l'une des cavités restait même obstruée dans l'intervalle des règles : les accès finirent par s'aggraver et se répéter jusqu'à deux fois le jour. L'examen microscopique montra un gonflement de la muqueuse des cornets inférieurs. Après une série de cautérisations qui eurent pour but de détruire tout le tissu caverneux des cornets, les accès disparurent définitivement.

Löwe a observé un cas analogue où il s'agissait de polypes muqueux ; Hartmann un autre cas, où l'excision au point le plus saillant de la cloison nasale déviée fit disparaître les accès.

Quoi qu'il en soit, en se gardant de toute exagération, on peut affirmer qu'il existe un rapport causal, parfaitement établi *cliniquement*, entre les névroses les plus variées et certaines maladies du nez.

Ce rapport doit être établi par l'exploration consciencieuse de la cavité nasale : il est arrivé cependant que des accidents neuropathiques ont cédé à la suite de la cautérisation de la muqueuse saine du cornet inférieur.

Le traitement doit naturellement varier d'après la nature de l'affection nasale.

Les opérations usuelles consistent dans l'enlèvement des polypes, la cautérisation ou même la destruction complète des cornets ou de la muqueuse. Outre la galvanocaustie, on emploie beaucoup aujourd'hui comme agent caustique l'acide chromique, porté sur les points malades à l'aide d'une sonde ou d'un stylet en argent sur lequel il a été fondu au préalable. L. D.

—

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CRANE ET LE CERVEAU.

Le *Progrès médical*, 1887, n° 31, publie, d'après le *Britisch med. Journal*, la statistique de dix sujets porteurs de diverses affections cérébrales que le Dr Horsley a trépanés, dans le but de soumettre ces affections à une intervention chirurgicale.

Relativement aux indications de l'opération, la principale doit être, d'après l'auteur, un insuccès préalable de tous les moyens médicaux usités en pareille circonstance.

Le diagnostic sera fondé sur la connaissance de la physiologie et de la pathologie du cerveau et surtout des localisations cérébrales.

Les tumeurs du cerveau demandent une intervention précoce, si l'on veut qu'elle soit suivie d'un plein succès.

Au sujet du manuel opératoire, Horsley recommande l'administration de la morphine avant le chloroforme ; en même temps, on donnera le chloroforme progressivement et on évitera avec soin de laisser réveiller le malade pendant l'opération.

L'auteur préfère à l'incision cruciale la dissection d'un large lambeau du cuir chevelu ; il relève le périoste séparément; arrivé sur l'os, il enlève d'abord une couronne de 25 millimètres pour apprécier son épaisseur, ce qui lui permet d'agir ensuite avec plus de sécurité et de promptitude. Il a toujours replacé les morceaux d'os enlevés entre la duremère et le lambeau cutané.

Il pense qu'il faut enlever très largement les tumeurs, surtout les tumeurs malignes.

Nous résumons les résultats des dix opérations rapportées par l'auteur.

I. L'opération a pour but d'*enlever une cicatrice du cerveau* provenant d'une fracture avec enfoncement et donnant lieu à des attaques dans la jambe droite; il n'y eut plus d'attaques après l'opération, l'état mental fut amélioré, mais certaines paralysies incomplètes persistèrent.

II. L'opération consista à *enlever une tumeur tuberculeuse* localisée causant de l'épilepsie (une ou plusieurs attaques par semaine) et des spasmes continuels du pouce. Les attaques disparurent jusqu'au 3me mois après l'opération, puis reparurent, mais seulement pendant quelque temps.

III. Pour de graves attaques épileptiformes fréquentes et par séries, consécutives à une ancienne fracture du crâne, le trépan fut appliqué au siège de la cicatrice, *un petit morceau de la table interne et un kyste traumatique avec de la substance cérébrale environnante enlevés*. Les attaques ont disparu depuis.

IV. *Un gliôme, du poids de* 128 *grammes*, déterminant de l'hémiplégie, du coma et des attaques épileptiformes, fut enlevé : il y eut une amélioration très marquée de tous les symptômes après l'opération pendant trois mois : puis survint la récidive.

V. *L'enlèvement d'un morceau de l'écorce cérébrale* sur le centre facial amène un amendement d'attaques d'épilepsie commençant à l'angle de la bouche.

VI. *L'enlèvement d'une cicatrice cérébrale* déterminant une série de troubles cérébraux graves est suivi d'une amélioration des symptômes.

VII. Pour une céphalalgie localisée et ancienne, le trépan fut appliqué au siège de la douleur, *une pièce du pariétal avec table interne érodée par un corpuscule de Pacchioni fut enlevée*.

Il y eut guérison de la céphalalgie.

VIII. Pour des attaques épileptiformes, *le cerveau fut exploré par incision*; mais l'auteur ne signale pas qu'une lésion ait été découverte : les attaques n'en disparurent pas moins.

IX. *Une tumeur pesant* 120 *grammes*, causant une hémiplégie, des attaques plus ou moins fréquentes et une céphalalgie persistante fut enlevée ; le résultat fut la cessation des maux de tête, le statu quo pour les autres symptômes.

X. Chez un sujet présentant une faiblesse croissante de tous les membres et des attaques épileptoïdes, *une tumeur tuberculeuse volumineuse fut enlevée*, mais l'opéré mourut 18 heures après l'opération:

celle ci avait été faite en dernier ressort : à l'autopsie, on trouva des tubercules chroniques généralisés dans les viscères.

Le Dr Horsley conclut, en s'appuyant sur sa statistique, que l'excision de parties même considérables du cerveau ne peut plus être rangée parmi les opérations dangereuses de la chirurgie.

Depuis la publication de cette statistique, l'auteur a *ouvert le canal vertébral pour l'extirpation d'une tumeur* déterminant des douleurs en ceinture et une paraplégie : il découvrit, après incision de la dure-mère, une tumeur attachée à la racine postérieure d'un nerf au niveau de la troisième vertèbre dorsale : cette tumeur comprimait la moëlle, qui était déprimée fortement à ce niveau : elle fut extraite avec la racine nerveuse à laquelle elle était fixée. Les douleurs ont disparu, mais, jusqu'à présent, la paraplégie subsiste. L. D.

—

DE LA DESTRUCTION DES POILS PAR L'ÉLECTROLYSE.

Le Dr Brocq a publié dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (juillet 1887) une revue générale sur cette méthode de traitement que nous avons exposée dans la *Revue* (juillet 1886).

Voici en résumé les remarques faites par le dermatologiste français.

Choix des instruments. L'auteur a expérimenté les aiguilles d'or et les aiguilles de platine légèrement iridié et donne la préférence à ces dernières à cause de leur souplesse et de leur malléabilité plus grandes : il considère comme indispensable de mettre sur les aiguilles un arrêt à une courte distance de la pointe, afin qu'on sache à quelle profondeur elles ont pénétré dans les follicules pileux, mais il estime que le porte-aiguille n'est pas nécessaire.

Anesthésie de la peau. Les badigeonnages avec une solution de cocaïne, les frictions avec une pommade à la cocaïne ne procurent aucun soulagement, tandis que les injections souscutanées de quelques gouttes de solution à la cocaïne rendent l'opération tout à fait indolente.

Profondeur à laquelle il faut introduire l'aiguille. Elle est, d'après l'auteur, éminemment variable suivant les malades et suivant les régions du corps : il faut rechercher, avant toute chose, quelle est la profondeur à laquelle se trouvent les bulbes des poils que l'on veut détruire.

Disposition de l'appareil électrique. Le pôle négatif étant à l'aiguille, le plus simple et le plus commode sera d'adapter le fil positif à un cylindre recouvert de peau de chamois que le patient tient à la main. L'électricité est fournie par une pile quelconque.

Durée du passage du courant. D'abord, quant à l'intensité du

courant, l'auteur la mesure constamment au galvanomètre pendant toute la durée de l'opération; il ne dépasse pas ordinairement 5 à 8 milliampères, car avec les courants très faibles on limite mieux l'action destructive au bulbe du poil. Quant à la durée du courant, elle est réglée par le temps que demande la destruction du bulbe du poil; malheureusement, on ne peut se fier aux deux critériums que l'on a signalés comme indiquant le moment précis où cette destruction est effectuée, c'est à dire, l'apparition de la mousse autour de l'aiguille, ou bien la chute du poil par des tractions légères.

Le Dr Brocq procède différemment suivant les régions et la nature des poils : ordinairement, il ne va pas au delà d'une durée du passage du courant de 10 à 20 secondes, essaie toujours d'enlever le poil par tractions même assez fortes, et, si celui-ci résiste encore, préfère en général remettre le complément de l'opération à une autre séance, afin de ne pas trop maltraiter les tissus.

Cicatrices résultant de l'opération. L'électrolyse des poils peut produire des cicatrices et, à ce sujet, il faut faire des distinctions suivant les personnes et suivant les régions opérées.

Tel sujet n'a plus aucune trace des piqûres après cinq ou six jours, tel autre présente pendant plusieurs semaines des points rouges qui passent ensuite au blanc mat; ces inconvénients sont minimes et les seuls que l'on observe d'ordinaire, quand on a opéré quelques poils isolés ou de moyenne grosseur.

Mais, chez d'autres personnes, il reste après guérison des piqûres des indurations de la peau, du volume d'une grosse tête d'épingle, peu ou point perceptibles à la vue, mais très perceptibles au toucher; chez d'autres encore, les piqûres laissent après elles des dépressions cupuliformes, assez analogues à des cicatrices de variole.

Toutefois, il faut bien savoir que l'électrolyse peut développer de véritables kéloïdes, si on a l'imprudence d'enlever en une même séance plusieurs poils voisins les uns des autres.

Pour le Dr Brocq, l'électrolyse, quand elle est bien maniée, peut détruire les poils sans laisser de cicatrices visibles, ou tout au moins, en ne laissant que des cicatrices imperceptibles ; mais il recommande d'abord de prévenir les personnes qui veulent se faire opérer de la possibilité de certains accidents, puis, de n'enlever dans une première séance que trois ou quatre poils disséminés et de voir quels sont les résultats de cette opération préliminaire.

On a cherché ne pas de léser les couches superficielles du derme et de l'épiderme et à n'agir que sur le bulbe pileux, en se servant d'aiguilles, isolées jusqu'à deux ou trois millimètres de la pointe au moyen de vernis ou autrement.

L'auteur a fait construire, dit-il, par M. Chardin, une aiguille isolée vraiment pratique.

Nombre de poils à opérer dans une séance. Un poil gros et résistant demandant une minute en moyenne pour être détruit, le Dr Brocq est d'avis que, quand on en a détruit 40 ou 50, l'opérateur et l'opéré ont également besoin de repos : il a traité des malades fort difficiles, chez lesquels 30 poils lui coûtaient près d'une heure de travail soutenu des plus fatigants. Dans un cas, il ne lui a fallu que sept séances pour enlever 350 poils.

Chez un autre malade, il a détruit, dit-il, plus de sept mille poils.

Récidives après l'opération. Les résultats obtenus jusqu'à présent par l'auteur lui permettent d'affirmer que l'électrolyse bien maniée détruit radicalement les poils sur lesquels on agit.

Dans un cas où il avait opéré 204 poils chez une jeune fille, il n'y en avait que deux qui avaient repoussé près de deux mois plus tard, quand il eut l'occasion de la revoir : il considère cependant ce résultat comme exceptionnel.

Mais, comme l'électrolyse a été accusée de faire grossir les poils voisins du poil opéré, il conseille, pour éviter cet inconvénient, de supprimer autant que possible les applications émollientes (cataplasmes, pommades) après les opérations, de ne rien appliquer sur les régions opérées ou simplement de les poudrer avec l'amidon.

En terminant, il dit être convaincu que, malgré quelques objections dont elle est passible, l'électrolyse est une excellente méthode de traitement de l'hypertrichose, et qu'elle finira par entrer dans la pratique courante, surtout pour l'ablation de poils isolés ou peu nombreux ; mais la méthode est susceptible encore de perfectionnements.

Ajoutons que l'*emploi de l'électrolyse a été également préconisé dans le traitement des cicatrices exubérantes.*

Le Dr Hardaway (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, avril 1887 rapporte le cas d'une kéloïde, faisant sur les téguments une saillie d'un quart de pouce et qui était le siège de sensations douloureuses, dans laquelle il fit à plusieurs reprises des ponctions multiples avec l'aiguille électrolytique.

Au bout de plusieurs séances, le malade ne voulut plus continuer le traitement, l'opération étant trop douloureuse. Cependant l'amélioration était manifeste déjà : toujours est-il que, quand il revit la malade plus tard, l'auteur fut agréablement surpris de trouver à la place de la tumeur kéloïdienne une cicatrice souple, blanche, très peu saillante.

Se basant sur les résultats obtenus par le Dr Hardaway, le Dr Brocq (*loc. cit.*) a criblé de piqûres par les aiguilles électrolytiques les cicatrices difformes résultant du traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse, et les a vus par ce moyen s'affaisser et s'assouplir. L. D.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Nous résumons brièvement le traitement de la grossesse extra-utérine, d'après M. Maygrier, accoucheur de la Pitié.

On peut intervenir à diverses époques et dans des conditions très différentes : avant la rupture du kyste, pendant les premiers mois de la grossesse ; — après la rupture du kyste ; — au moment où la grossesse est arrivée près du terme ou à terme.

1° Dans le premier cas la *ponction* a été faite avant la rupture du kyste, pour prévenir cet accident en déterminant la mort de l'enfant. Résultats médiocres, peu encourageants : quatre femmes sur 12 sont mortes.

On a proposé d'*injecter* une substance *toxique* pour le fœtus (Joulin) et cette pratique paraît préférable à la ponction.

L'électricité a surtout été employée en Amérique : électro-poncture et faradisation.

Dans tous ces procédés, qui ont pour but et pour résultat de provoquer la mort du fœtus, la mère reste exposée aux dangers de la rétention et l'on s'est demandé s'il ne valait pas mieux tenter la cure radicale, en enlevant le kyste par la paroi abdominale ou le vagin, selon sa situation.

La *laparotomie* est préférable à l'*élytrotomie*, rendue dangereuse par les difficultés qu'on éprouve à combattre l'hémorrhagie et à obtenir le placenta.

2° *Au moment de la rupture du kyste.* Les avis sur la conduite à tenir sont très partagés. Certains auteurs comptant sur l'enkystement des liquides épanchés, se prononcent pour l'abstention et prescrivent un traitement antiphlogistique et tonique. L. Tait (qui a obtenu 20 guérisons sur 21 cas) et d'autres, veulent qu'on agisse rapidement; l'ouverture du ventre, l'excision du kyste et le lavage du péritoine ne leur paraissant pas aussi dangereux que l'expectation et ayant l'avantage, quand ils réussissent, de débarrasser la femme complètement.

3° *Lorsque la première moitié de la grossesse est passée*, faut-il intervenir pour sauver l'enfant ou le laisser succomber ?

Certains auteurs pensent que la gastrotomie est trop dangereuse pendant la vie de l'enfant. Dans les dix cas de Litzman neuf femmes et six enfants ont succombé. Schrœder, Hofmeier, Gusserow, Fraenkel se prononcent pour l'intervention; mais faut-il opérer à 8 mois, à 8 1/2 mois, ou attendre le terme et s'exposer à être surpris par les phénomènes d'un faux travail qui peut déterminer des accidents ?

4° *Traitement de la rétention.* Le fœtus ne se momifie ou ne s'incruste de sels calcaires que dans des cas assez rares et, en général, il s'élimine laborieusement par des voies très variées : paroi abdominale, rectum, intestins, vessie, vagin et même matrice.

A terme il se fait habituellement un faux travail auquel le fœtus ne survit pas. Faut-il alors intervenir tout de suite pour extraire l'enfant mort ou attendre un mois ou deux que la circulation placentaire maternelle se soit complètement modifiée et que des adhérences solides aient eu le temps de s'établir? Les avis sont encore partagés sur ce point comme sur tant d'autres de l'histoire de la grossesse contre nature.

Pendant la vie de l'enfant, sur 17 cas, 15 femmes sont mortes dont 10 d'hémorrhagie. La mortalité pour la mère a donc été de 88,2 p. c.

Après la mort de l'enfant, sur 60 femmes, 45 ont survécu ; la mortalité n'a donc été que de 25 p. c. et encore quelques-unes sont mortes d'hémorrhagie placentaire, suite d'une intervention trop hâtive.

Le manuel opératoire de la *gastrotomie* comprend deux pratiques : 1° L'ouverture du kyste, que l'on suture à la paroi abdominale, à la façon des kystes ovariques dont les adhérences sont insurmontables, ou bien que l'on resèque en partie et que l'on suture ensuite de manière à rétrécir le plus possible la cavité.

2° L'extirpation complète du kyste, opération longue, laborieuse, qui n'est possible que lorsqu'on peut pédiculiser la masse (Martin), mais qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. E. H.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *juillet* 1887.

I. — CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS DU BUREAU.

M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique adresse une dépêche dans laquelle il rappelle que l'article 28 de l'arrêté royal du 31 mai 1880 stipule que les rapports généraux des commissions médicales provinciales sont soumis, s'il y a lieu, à l'académie de médecine.

En conséquence, M. le ministre fait parvenir 85 exemplaires du recueil des rapports de ces collèges sur l'exercice 1886, pour être distribués aux membres et correspondants de la compagnie.

Il demande à connaître, dans le plus bref délai possible, les observations et les conclusions auxquelles ces documents auront donné lieu et informe que ces rapports seront publiés en même temps que l'avis qui sera émis par l'Académie.

M. le secrétaire fait ressortir l'importance de cette communication.

Afin de pouvoir faire parvenir à M. le ministre, à bref délai, le résultat des délibérations de l'Académie, le bureau engage les membres à envoyer avant le 16 août prochain, les observations qu'ils auraient à présenter.

La 4e section chargée du rapport à soumettre à la compagnie sera convoquée en temps utile pour que son travail puisse être distribué aux membres avant la séance du mois de septembre. Les délibérations de l'Académie pourront par conséquent être communiquées à M. le ministre dans les premiers jours du mois d'octobre.

— L'Académie a été informée, le 15 juillet courant, de la perte qu'elle avait faite de l'un de ses membres honoraires, M. Laurent-Guillaume De Koninck, professeur émérite à la Faculté des sciences de l'université de Liège, décédé dans la dite ville dans sa soixante dix-neuvième année.

Le bureau a chargé MM. Kuborn, Masius et Wasseige de représenter l'Académie aux funérailles, qui ont eu lieu le 18. Le premier de ces membres a accepté la mission de prononcer un discours sur la tombe. Sur l'invitation qui lui en est faite, M. Kuborn en donne lecture à l'assemblée. Ce discours paraîtra dans le Bulletin.

— L'inauguration de la statue de Joseph Guislain a eu lieu le 18 juillet courant, à Gand. Le bureau s'était chargé de représenter, comme corps, la compagnie à cette solennité.

Des discours ont été prononcés, à cette occasion, par M. le Dr Morel, médecin en chef de l'hospice Guislain; par M. Lentz, directeur général des cultes au ministère de la justice; par M. Lippens, bourgmestre de la ville de Gand; par M. le professeur Lefebvre, président de l'Académie royale de médecine; par M. le professeur Richard Boddaert, délégué de la faculté de médecine de l'université de Gand et par M. le Dr Lentz, médecin-directeur de l'hospice d'aliénés de l'Etat à Tournai.

— Sur la proposition du bureau, les discours prononcés à l'occasion de la solennité prérappelée seront insérés au *Bulletin*.

— M. Deneffe soumet à l'Académie, de la part de M. le Dr Walton, à Bruxelles, un mémoire manuscrit, intitulé : *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite; son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus*.— Renvoi à l'examen de MM. Borlée et Hubert.

— M. Kuborn présente un travail manuscrit, au nom de M. le Dr Schrevens, à Tournai, qui a pour titre : *La statistique consultée à propos des avortements criminels*. — Renvoi à l'appréciation de MM. Kuborn et Janssens.

— MM. Feigneaux, Lentz, Van Ermengem et Venneman remercient la compagnie du titre de correspondant belge qu'elle leur a conféré.

Mêmes remerciements de la part de MM. Arloing, Fabre, Faucon, Layet et Pini, nommés correspondants étrangers.

— M. Warlomont, membre titulaire, adresse, pour être distribuées aux membres et aux correspondants belges, une brochure relative à l'érection d'un monument à la mémoire de Jacques Daviel, l'inventeur de l'extraction de la cataracte, ainsi qu'une circulaire invitant à prendre part à la souscription ouverte dans le but prémentionné.

— M. Degive, membre titulaire, présente pour l'Académie et ses membres, 80 exemplaires d'une publication intitulée : *Controverse philosophique sur le libre arbitre et le déterminisme entre Alph. Degive et J. Marique.*

— M. Titeca, correspondant, offre pour les membres titulaires, 40 exemplaires d'un article extrait des *Archives médicales belges*, sur la règlementation de la prostitution.

— M Mœller, correspondant, adresse le programme du second meeting international contre l'abus des boissons alcooliques, qui aura lieu à Zurich, le 8, 9 et 10 septembre prochains, et invite les membres de l'Académie à y assister.

— Des remerciements sont votés aux auteurs des travaux offerts à l'Académie.

II. — MOTION D'ORDRE.

M. Warlomont rappelle qu'à la suite d'une dépêche de M. le ministre de la justice, l'Académie a adopté la proposition de M. Thiry tendant à surseoir à la décision à prendre sur les conclusions déposées par des orateurs qui avaient pris part à la discussion sur la prostitution, dont la clôture avait été prononcée.

« Dans ma pensée, dit l'honorable membre, l'Académie n'a rien à attendre d'une enquête administrative, au contraire, c'est l'enquête administrative qui doit tout attendre des conclusions prises par l'Académie dans l'intégrité de son indépendance. »

En conséquence, il propose à la Compagnie de revenir sur sa résolution et de décider que, dans sa prochaine séance, elle votera sur les conclusions déposées, sans nouvelle discussion, sur le fond de la question, attendu que les débats ont été clos.

M. Warlomont motive sa proposition sur les incidents qui se sont produits depuis lors. En effet, dit-il, le chef du cabinet a exprimé, au sein de la Chambre des représentants, l'intention ou plutôt l'espérance de provoquer une discussion sur la question de la prostitution, en l'accentuant dans le sens de la suppression absolue des maisons de tolérance.

M. Warlomont estime que dans ces conditions les conclusions que

l'Académie pourrait prendre ultérieurement, si elles étaient tardives, ne seraient plus marquées au coin d'une indépendance absolue.

Après avoir entendu MM. Thiry, Bellefroid, Warlomont et Lefebvre, le premier de ces membres propose de voter sur les conclusions prémentionnées dans la séance du mois d'octobre.

Cette proposition, mise aux voix par appel nominal, est adoptée par 21 voix contre 12 et une abstention.

III. — RAPPORTS.

1. Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. le professeur Dubois, à Gand, *sur l'absorption des préparations de cuivre.* — M. Desguin rapporteur.

Le travail de M. Dubois relate des expériences faites sur quelques animaux, au moyen de composés cuivreux et cuivriques. Les doses employées étaient en général de 1 ou de 5 centigrammes de cuivre métallique par kilogramme de l'animal. Des cinq animaux mis en expérience, quatre furent sacrifiés. Chez tous on découvrit une hypertrophie de la vésicule biliaire; le foie contenait une notable proportion de cuivre.

M. le rapporteur rend hommage à la rigueur des procédés mis en usage par l'auteur dans ses investigations, mais ne peut se rallier à la conclusion qu'il en tire, à savoir que l'on ne peut considérer comme inoffensive l'injection prolongée des composés de cuivre. Les recherches ont eu lieu chez des animaux seulement : quatre lapins et un chien, et il est abusif de conclure d'une manière formelle des résultats obtenus chez les animaux à ceux que l'on obtiendrait chez l'homme. De plus, les doses employées ont été beaucoup plus fortes que celles qu'on met en usage soit en thérapeutique, soit dans l'alimentation et l'on ne peut, de l'action de doses élevées, déduire l'effet qui serait produit par des doses faibles. Il n'est pas juste, non plus, d'assimiler le cuivre à certains agents comme le plomb, l'iode, le mercure, dont l'emploi à des doses atténuées et longtemps prolongées, produit de redoutables effets d'intoxication. Le cuivre se conduit tout autrement que ces agents.

Pour ces motifs, la commission trouve forcée la conclusion que l'auteur a déduite de ses expériences. Néanmoins il rend justice au mérite du travail, qui a fait connaître des faits nouveaux et très intéressants au point de vue de l'action des sels de cuivre sur l'organisme de certains animaux.

La commission propose de remercier M. Dubois de sa communication, de l'engager à poursuivre ses recherches sur l'absorption des sels de cuivre et de publier son mémoire dans le Bulletin. — Adopté.

2. Rapport de M. Vanden Corput, membre titulaire, sur la note de M. le Dr Van Weddingen, à Stevoort, intitulée : *Thoracentèse, empyème et opération d'Estländer ; quelques considérations sur ces trois opérations.*

M. Vanden Corput rappelle d'abord que l'Académie a reçu de M. le Dr Van Weddingen, de Stevoort, un travail dans lequel, à propos d'une opération d'empyème qu'il a pratiquée chez une femme réduite à un état de consomption prononcée, l'auteur se demande quelles sont en présence d'une pleurésie, les indications de la thoracentèse, de l'empyème et de l'opération d'Estlander.

« C'est, s'écrie M. Van Weddingen, à l'Académie à trancher la question. C'est d'elle que nous espérons entendre la voix autorisée pour nous empêcher de faire le mal, pour nous enseigner à faire le bien, et nous donner à tous une règle de conduite qui nous concilie dans des circonstances délicates. »

Le réel intérêt que présente la question soulevée par M. Van Weddingen détermine le rapporteur à essayer d'y répondre.

M. Vanden Corput constate d'abord que si, comme l'ont d'ailleurs démontré les relevés de Besnier, la statistique thérapeutique de la pleurésie, loin de se montrer plus satisfaisante depuis la vulgarisation de la thoracocentèse, est, au contraire, devenue plus néfaste, il est permis d'attribuer ce fâcheux résultat à l'emploi prématuré, et parfois intempestif, de l'instrument, au mépris de la médication pharmacodynamique.

M. le rapporteur est d'avis que, dans les cas récents de pleurésie dite franche, on peut, à moins de symptômes graves qui réclament une intervention chirurgicale immédiate, recourir d'abord aux moyens médicaux, tels que : déplétions sanguines, spoliatifs, évacuants ou révulsifs. Il expose à ce propos les méthodes de Schroth, de Körner ou de Robinson, pour le traitement des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, méthodes qui consistent dans la privation aussi complète que possible de boisson et dans l'administration à l'intérieur, pour ces derniers, du chlorure de sodium par cuillerées à café ou à dessert, d'heure en heure, dans un peu d'eau chaude. Sous l'influence de ce traitement, on voit généralement l'appétit augmenter et une diurèse abondante se produire, qui amène parfois une guérison parfaite en trois semaines.

Mais, lorsqu'après ce temps, malgré l'emploi des moyens médicamenteux, l'épanchement augmente ou reste stationnaire, M. Vanden Corput conseille de recourir d'abord à la thoracocentèse.

La ponction à l'aide du trocart aspirateur qu'il a présenté, en 1855, à l'Académie de Belgique, ne lui a jamais donné de revers et est, selon M. Vanden Corput, la méthode la plus rationnelle.

Si, dans les épanchements récents qui ne s'accompagnent pas d'un état général grave, on peut tenter l'essai préalable de la thérapeutique médicinale, il convient cependant de ne pas attendre que l'exsudat, refoulant le poumon dans la gouttière vertébrale, l'ait complètement bridé dans des fausses membranes.

La thoracocentèse doit être pratiquée, en général, aussitôt que l'abaissement de la température indique la chute de la fièvre, et c'est au tact du praticien de saisir le *moment physiologique*. En effet, si l'on opère trop tôt, un nouvel épanchement ne tarde pas à se reproduire ; trop tard, on risque qu'il devienne purulent et que le mal se complique ; au moment opportun, au contraire, on voit souvent l'évacuation d'une partie de l'épanchement déterminer la résorption rapide du reste.

Lorsque la fièvre se prolonge pendant plus de quatre à cinq semaines et qu'elle revêt un caractère hectique, on pratiquera donc une ponction exploratrice au moyen du trocart aspirateur, qui permet d'achever du même coup l'opération, si l'épanchement était reconnu séreux.

S'il est purulent ou sanguin, il sera préférable de recourir à l'opération de l'empyème ou pleurotomie, qui fournit, en pareils cas, des résultats plus certains.

On rencontre également des pleurésies infectieuses, dans lesquelles on constate toujours la présence de bactéries dans le sang ou dans les liquides de la plèvre. La ponction, suivie de lavage antiseptique, qui, en ces circonstances, ne peut être que palliative, est alors préférable et c'est le cas de recourir au siphon de Potain.

M. Vanden Corput établit en principe que la ponction est de préférence applicable aux cas d'épanchement séreux, l'incision simple, aux épanchements purulents. L'opération d'Estländer ou costotomie souspériostée, doit être réservée pour les cas compliqués de pleurésie purulente chronique, avec trajets fistuleux persistants. Cette opération qui a essentiellement pour but de rendre mobile la paroi thoracique que la tension des arcs costaux maintient éloignée de la plèvre pulmonaire, est applicable dans tous les cas où l'indication est de provoquer une adhérence cicatricielle des feuillets pleuraux.

La costotomie d'Estländer a pour objectif de transformer les pleurésies à épanchements liquides, en pleurésie sèche adhésive, relativement plus favorable. Le rapporteur partage l'avis de Salzmann qu'il faut n'être point avare de côtes et que le nombre et l'étendue des côtes à reséquer doivent être proportionnés au vide à combler, c'est à dire à la rétraction plus ou moins prononcée de l'éponge respiratoire.

M. Vanden Corput insiste sur l'importance de l'âge du sujet par

rapport à la ligne de conduite à suivre. Il compare les succès du procédé d'Estländer et de la ponction simple chez l'enfant et chez l'adulte, et trouve la raison des différences dans la souplesse de la paroi costale pendant le jeune âge, jointe à l'élasticité beaucoup plus expansive du tissu pulmonaire, permettant aux feuillets de la plèvre de contracter entre eux des adhérences, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la costotomie.

Bien que dans la pleurésie suppurative, l'indication capitale soit d'évacuer le plus tôt possible le liquide pathologique, il convient néanmoins de distinguer les cas récents dans lesquels on pourra préalablement recourir encore à la ponction par aspiration, suivie ou non de lavage antiseptique, des cas anciens dans lesquels on devra recourir d'emblée à l'opération de l'empyème et au drainage. Ces dernières pratiques sont, en quelque sorte, le moyen terme, l'étape intermédiaire entre les différents procédés aujourd'hui usités.

La modification apportée par Schede au procédé d'Estländer, et qui consiste à reséquer en même temps qu'une ou plusieurs côtes une portion du feuillet pariétal de la plèvre, ne doit, suivant M. Vanden Corput, être pratiquée que lorsque la plèvre costale elle-même est profondément altérée, devenue cartilagineuse ou lorsqu'elle est envahie par des néoplasmes.

Quel que soit d'ailleurs le procédé opératoire dont on fait choix, il importe de ne jamais perdre de vue que ces moyens eux-mêmes ne sont inoffensifs qu'à la condition de se conformer à toutes les rigueurs de l'antisepsie chirurgicale.

Dans les cas d'épanchement hémorragique, qui, en dehors des traumatismes, reconnaît le plus ordinairement pour cause soit une dégénérescence cancéreuse, soit des ulcérations tuberculeuses, l'opération, quoique pouvant parfaitement réussir, n'offre pas moins un pronostic toujours des plus graves.

Les seules contre-indications formelles à l'opération d'Estländer ou à la thoracoplastie sont la phtisie avancée, l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde des viscères ou l'existence de certaines maladies intercurrentes, telle que l'érysipèle, qui doivent faire ajourner ou rejeter définitivement l'exécution opératoire.

Après avoir exposé les signes qui doivent déterminer le choix de la méthode thérapeutique, M. Vanden Corput insiste sur l'utilité de la ponction exploratrice dont les dangers, qui ont été fortement exagérés par Fraentzel, peuvent être évités.

Quelle que soit la médication adoptée, il n'est pas de maladie, dit le rapporteur, dont le pronostic éloigné soit plus incertain, la pleurésie n'étant que la manifestation d'une affection générale, ou d'un état diathésique le plus souvent insidieux.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. Van Weddigen et de publier son travail dans le Bulletin.

— Adopté.

IV. — COMMUNICATIONS.

1. *Observations d'emploi de l'appareil élytro-ptérygoïde ; modification de l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny, de Lyon*, par M. Hubert, correspondant.

M. Hubert, correspondant, empêché d'assister à la séance, demande à pouvoir faire insérer au Bulletin, ce qui lui est accordé, une note sur l'appareil élytro-ptérygoïde. Il communique d'abord trois nouvelles observations d'emploi de cet appareil qui peuvent se résumer ainsi :

Obs. XIII. Pluripare à 8 mois, placenta prævia, hémorrhagies graves. Application de l'appareil de M. Chassagny : arrêt immédiat de l'hémorrhagie, et au bout de 50 minutes effacement et dilatation complète du col permettant de terminer par la version.

Obs. XIV. Primipare éclamptique. Deux applications de l'appareil élytro-ptérygoïde, de 15 minutes chacune, suffisent pour dilater le col qui n'était encore qu'effacé et pour procurer, en une heure et demie, chez une primipare, la terminaison d'un travail qui, en vingt-quatre heures, n'avait fait aucun progrès. Et, chose remarquable, la dilatation artificielle du col et l'excitation du travail s'est faite sans irriter les réflexes et sans provoquer de nouvelles convulsions.

Obs. XV. Pluripare à 8 mois ; placenta prævia ; hémorrhagie grave ; dilatation du col par l'appareil élytro-ptérygoïde en une heure de temps ; version podalique interne.

M. Hubert donne la description, encore inédite, de la dernière modification imprimée par M. Chassagny à l'appareil élytro-ptérygoïde.

Il s'agit d'un speculum en buis, de 3 centimètres de diamètre, sur lequel est fixée une vessie animale, au moyen de deux fortes ligatures. Une de ces ligatures divise la poche vésicale en deux compartiments, desservis chacun par un tube en caoutchouc. On injecte d'abord l'inférieur qui se gonfle dans le bas du vagin et fournit un appui solide au compartiment supérieur qu'on distend ensuite. Deux cordons, attachés d'une part au speculum et d'autre part à la chemise de la femme, par deux épingles, suffiraient pour assurer le maintien de l'appareil.

2. *De l'assistance des épileptiques basée sur l'étiologie et la symptomatologie de l'affection ou sur l'aptitude sociale des malades*, par M. Semal, correspondant.

M. Semal exprime le regret de voir la commission chargée de

la proposition de M. Hambursin d'ériger *un hôpital destiné au traitement des épileptiques du Royaume* subordonner la discussion de cette intéressante question au recensement des malades de l'espèce existant en Belgique. Semblable enquête doit forcément rester stérile : elle donne prise à la critique, même pour les épileptiques signalés dans les asiles d'aliénés, car il se trouve dans ces établissements des malades dont le trouble mental, quelque intense qu'il soit, ne relève que de la névrose seule, et qui ne sont autres, par conséquent, que des épileptiques simples. Le doute sur l'efficacité de la statistique, dans l'occurrence, repose sur de sérieuses considérations scientifiques.

On peut affirmer que l'épilepsie n'est pas si facile à reconnaître et qu'il ne suffit pas de la notoriété publique pour établir le chiffre de ceux qui en sont atteints. Aux yeux du vulgaire, tout convulsif est épileptique et ce motif d'erreur a sa contrepartie dans l'ignorance où il reste des manifestations non-convulsives relevant cependant nettement et indubitablement du mal comitial. La statistique pèchera donc par la qualité et par la quantité des sujets recensés. Etablie par des médecins, elle eut encore provoqué de nombreuses hésitations, car le nombre de ceux qui croient à l'existence d'une épilepsie essentielle s'éclaircit tous les jours; les auteurs les plus recommandables proclament que l'ignorance où nous sommes de préciser toujours le siège et la nature de la lésion, qui détermine le syndrôme épilepsie, est la seule excuse au maintien de celle-ci au rang des maladies déterminées.

D'autre part, les recherches expérimentales, l'observation clinique et pathologique ont reconnu une origine et une évolution pathogénique différentes chez de nombreux épileptiques, sans que l'appareil symptomatique emprunte une physionomie particulière à la cause productive. S'il est douteux qu'il y ait une épilepsie essentielle, il est acquis, par contre, qu'une série d'épileptiques sont tributaires de la thérapeutique médicale ou chirurgicale ordinaires et ont leur place marquée dans les hôpitaux ordinaires, au moins temporairement. Mais tous les malades n'offriront ni les mêmes facilités, ni les mêmes ressources.

M. Semal passe en revue les troubles moraux et psychiques, qui légitiment les mesures spéciales à prendre vis à vis de certains épileptiques; il montre ceux-ci toujours anormaux dans leur caractère habituel, parfois parents des aliénés lors des manifestations prodromiques de la crise, et parfois voisins des criminels dans les impulsions inconscientes et violentes qui la terminent. Et cependant, rien n'autorise à regarder de tels malades comme des aliénés proprement dits, bien qu'ils soient dangereux au même titre.

L'expression extérieure de la maladie constitue donc un élément primordial dans la question de l'assistance des épileptiques dont leur incompatibilité avec la vie sociale, plus encore que le trouble mental, a nécessité l'adoption de mesures spéciales et provoqué leur admission dans les asiles et dans les colonies d'aliénés. Un hôpital ou institut, fût-il même destiné exclusivement au traitement des épileptiques, ne saurait s'éloigner de l'organisation admise pour les maisons de santé actuelles, vu l'impossibilité d'exclure certains malades sous prétexte qu'ils sont passibles de mesures de contention. On sait, en effet, que plus la maladie s'éloigne de son expression classique, plus elle est susceptible d'amendement, et que ni l'agitation, ni les impulsions, ni le trouble mental ne sont des signes formels d'incurabilité.

On comprendrait d'autant moins l'insistance à obtenir un institut spécial que la Belgique possède précisément l'instrument idéal préconisé à l'étranger, la colonie de Gheel, où des épileptiques sont admis comme pensionnaires libres, et la colonie naissante de Lierneux, où des dispositions semblables existent ou peuvent être prises.

Les conclusions formulées par M. Semal se résument dans la règlementation du classement empirique sorti des nécessités et des circonstances où l'on s'est trouvé jusqu'ici, à savoir :

1° Laisser dans les familles un certain nombre d'épileptiques inoffensifs, sous réserve d'une intervention de la bienfaisance publique pour diminuer les charges du traitement ;

2° Faciliter l'accès des hôpitaux ordinaires, comme moyen primordial d'assistance, soit pour établir un traitement médical ou chirurgical, selon les cas, soit pour déterminer le mode de placement ultérieur qu'il convient d'adopter ;

3° Placer, dans des hospices ordinaires, les épileptiques reconnus incurables et inoffensifs qui seraient dans l'impossibilité de pourvoir à leur subsistance ;

4° Adopter le régime familial des colonies d'aliénés pour ceux dont le trouble mental ne paraît pas déterminer d'impulsion dangereuse;

5° Recourir au placement dans les asiles d'aliénés fermés, pour les épileptiques sujets à des impulsions dangereuses au moment des crises, sauf à leur réserver des quartiers et ateliers spéciaux dans l'intervalle.

M. Semal passe à dessein sous silence la catégorie d'épileptiques ayant commis des crimes et ceux moins faciles à reconnaître qui se trahissent par des tendances morales instinctives, perverses ou malfaisantes et qui sont, les uns et les autres, aussi déplacés dans l'asile que dans la prison ; les mesures qui leur sont applicables dépendent de l'appréciation de la *criminalité morbide* qui les imprègne, et il convient de réserver ce sujet pour une prochaine communication.

Après quelques observations de MM. Hambursin et Masoin, la discussion de l'hospitalisation des épileptiques est ajournée.

VARIÉTES.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS.

Au moment où l'on annonce en Belgique une enquête officielle sur la prostitution, et où l'on se montre disposé en haut lieu à supprimer toute règlementation sur ce sujet, il n'est pas sans intérêt de résumer les principaux arguments que le profr Fournier a fait valoir en faveur de la règlementation, dans un rapport récent lu à l'Académie de médecine de Paris.

Un danger — ainsi commençait le rapport — menace en permanence la santé publique.

Ce danger est grave, très grave. La syphilis, en effet, n'est pas ce que la jugent nombre de gens du monde, à savoir une maladie simplement passagère... C'est une infection stable, permanente, ultra-féconde en manifestations de tout genre, les unes légères, d'autres importantes, d'autres des plus sérieuses, quelques-unes mortelles...

En réalité, c'est une maladie désastreuse, néfaste, par les dangers multiples qu'elle comporte, dangers *individuels*, dangers *héréditaires*, et, ajoute Fournier, dangers *sociaux*.

Les *dangers individuels*, continue-t-il, on croyait les connaître de vieille date, et voici que les investigations de la science contemporaine en ont singulièrement élargi le cercle. Plus on a étudié cliniquement et anatomiquement la syphilis, plus on a vu reculer les limites de son domaine pathologique par une série d'annexions inattendues : ainsi, nombre d'affections cérébrales, spinales, oculaires, articulaires, laryngées, hépatiques, rénales, vasculaires et autres ont pu, ont dû même, être rattachées à la syphilis. Et, prenant l'exemple de la syphilis cérébrale dont on ne parlait guère, il y a trente ans, Fournier ajoute : « Quantité de syphilitiques meurent par le cerveau, du fait de leur syphilis : c'est là un fait qui s'impose, une vérité qui n'est actuellement ni contestable, ni contestée.

Plus désastreuses encore, dit-il, sont les *conséquences héréditaires* de la maladie. Une mortalité effroyable — qu'on peut évaluer à 71 % du nombre des grossesses, en ce qui concerne l'hérédité maternelle — pèse sur la progéniture des sujets syphilitiques.

Mais, non seulement, fait-il remarquer, la syphilis prend une part importante dans la mortalité générale de l'enfance, mais l'influence héréditaire peut se prolonger bien au-delà de la première enfance et constituer jusque dans l'adolescence, si ce n'est même plus tard encore, une cause d'affections graves, susceptibles d'aboutir à la mort : nombre de lésions imputées à la scrofule, par exemple, sont des manifestations de la syphilis héréditaire.

Quand aux *conséquences sociales* de la syphilis, le rapporteur signale les principales : infirmités diverses aboutissant à l'incapacité de travail et à la misère, d'où des surcharges budgétaires pour la bienfaisance publique; non-valeur permanente dans l'armée d'un grand nombre d'hommes sous les drapeaux; dangers afférents au mariage : introduction de la syphilis au foyer conjugal, d'où désunion des ménages, séparations, divorces; contamination fréquente des nourrices ; stérilisation d'un certain nombre d'unions, ou, ce qui est pis encore, étiolement, abâtardissement et dégénération de la race.

En fin de compte, Fournier considère la syphilis et l'alcoolisme comme les deux plaies sociales de l'époque actuelle, et il cite l'opinion de deux hygiénistes au sujet de la gravité de la syphilis.

L'un, Parent-Duchâtelet, écrit :

« Je ne crains pas d'être démenti en disant que les désastres que la syphilis entraîne l'emportent sur les ravages qu'ont exercés toutes les pestes qui, de temps en temps, sont venues porter la terreur dans la société. »

Et l'autre, Michel Lévy :

« L'extirpation de cette lèpre de nos temps qu'on appelle la syphilis n'est pas au-dessus des pouvoirs des Etats. La séquestration et les léproseries ont fait justice de la lèpre ancienne; la peste est l'objet d'un vaste et dispendieux appareil de préservation; tous les gouvernements font des sacrifices pour étouffer les germes de la variole. Or, la syphilis fait plus de mal que toutes ces maladies ensemble : elle détériore sourdement les générations; sa contagion est plus évidente que celle de la peste; pourquoi donc ne lui oppose-t-on pas dans tous les pays les mêmes barrières, les mêmes moyens d'extinction ? »

Le rapporteur attire ensuite l'attention sur un préjugé qui a toujours nui à la cause de la prophylaxie publique de la syphilis : bien des gens du monde considèrent la syphilis comme une maladie *méritée* et raisonnent de cette façon :

Pourquoi chercher à préserver des gens qui pourraient tout aussi bien se protéger eux-mêmes ? N'est-ce pas encourager la débauche que de lui offrir de la sécurité ? La syphilis ne va chercher personne; il faut s'y exposer et l'on sait comment — pour en être victime.

D'autres encore considèrent, continue Fournier, la syphilis moins comme l'effet d'une contagion isolée que comme une sorte de résultante d'une série de contagions itératives, comme le témoignage de toute une vie de débauche.

Le rapporteur s'attache à démontrer combien ces opinions sont erronées.

La syphilis est une maladie contagieuse à la façon de toutes les autres : elle résulte, non de plusieurs contagions accumulées, mais d'une seule. Elle se prend en une fois ; si bien qu'il n'est pas rare de rencontrer de malheureux jeunes gens, presque des enfants parfois, qui ont contracté la terrible maladie dès leur premier écart.

Donc, *la syphilis est loin d'être l'équivalent d'un certificat de débauche;* elle ne signifie rigoureusement que ceci : contagion dans une rencontre malheureuse.

« D'autre part s'il existe des syphilis *méritées*, au sens strict, mais peu charitable, du mot, et même si les syphilis de cet ordre constituent le groupe des cas les plus communs, de beaucoup les plus communs, il n'est pas moins équitable de reconnaître qu'il en existe une foule d'autres qui dérivent de contagions licites, morales, honnêtes, ou purement accidentelles. »

Sont-elles *méritées*, par exemple, se demande Fournier, ces syphilis, en si grand nombre, que les femmes mariées et honnêtes reçoivent de leur mari, soit que ce mari, syphilisé dans sa vie de garçon, se soit présenté prématurément au mariage, soit qu'il ait contracté la maladie après le mariage ?

Sont-elles *méritées*, aussi, ces syphilis, en si grand nombre, que les nourrices reçoivent de leurs nourrissons, pour transmettre ensuite soit à leurs enfants, soit à leurs maris, soit à d'autres nourrissons ?

Sont-elles *méritées*, encore, ces syphilis — moins nombreuses à la vérité que les précédentes — que les nourrissons reçoivent de leurs nourrices ?

Sont-elles *méritées*, ces syphilis — en nombre infini, pour celles-ci — que les enfants apportent en naissant et qui les tuent pour la plupart ?

Sont-elles *méritées*, enfin, toutes ces syphilis d'origine non vénérienne, telles que, par exemple, celles qui résultent de l'inoculation vaccinale, celles qui frappent les médecins, les élèves en médecine, les sages femmes, dans l'exercice de leur profession, celles qui résultent d'un simple contact accidentel, etc., etc. ?

Or, toutes les syphilis *méritées* ou *immméritées* sont rigoureusement solidaires : l'expérience clinique montrant chaque jour « la syphilis rebondissant du bouge le plus abject au foyer le plus honnête, si bien

que la contamination de l'épouse honnête et la contamination de l'enfant ne sont le plus souvent que le produit de la syphilis d'une prostituée. »

Donc, *poursuivre la syphilis de la prostituée, c'est protéger la femme honnête et l'enfant.*

D'ailleurs, la syphilis est assez grave, cause à la société un préjudice assez considérable, pour que la société ait le devoir de se défendre contre elle, de défendre contre elle tous ses membres.

La nécessité de la prophylaxie de la syphilis démontrée, la commission, dont Fournier a lu le rapport, examine les moyens de l'établir utile et efficace, et, à l'unanimité de ses membres, elle déclare :

1° Que la prostitution crée un danger public par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population.

2° Qu'il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale, que la prostitution soit surveillée, et s'il y a lieu, réprimée par les pouvoirs publics.

3° Que le système de la prostitution libre, c'est à dire non surveillée, est désastreux pour la santé publique.

4° Que la provocation publique, qui constitue le seul mode de manifestation extérieure par lequel la prostitution puisse être atteinte légalement, doit être combattue et réprimée sous ses diverses formes.

Le rapport se contente d'énoncer ces principes généraux. « Ce n'est pas devant des médecins, dit-il, que nous mettrons en discussion, par exemple, le système de la prostitution libre; car, ce système est jugé par ses œuvres. »

Mais il s'étend longuement sur la provocation publique qui « ne fait pas que constituer un scandale public et un exemple de démoralisation », mais qui est « l'origine d'une quantité incalculable de contaminations, » et qui, « crée l'occasion, la tentation avec ce qui s'ensuit: provocation de la rue, provocation dite des *boutiques* ou des pseudo-magasins de parfumerie, de ganterie, etc., provocation des brasseries à femmes, des débits de vin, maisons qui ne sont que des maisons de prostitution déguisées et des maisons à prostituées libres, c'est à dire non surveillées. »

Le rapport cite à ce propos une statistique instructive dressée par deux médecins militaires distingués :

Trente-deux soldats qui venaient de contracter la syphilis ont pu donner des renseignements précis sur la provenance de la contagion qu'ils avaient subie.

Voici quel a été le résultat de leurs dépositions :

Contagions reçues dans les maisons publiques . .	2
Contagion reçue des filles dites « rôdeuses de poste »	1

Contagions reçues des prostituées en chambre . . 11
Contagions contractées dans les débits de vin . . 18

En présence des dangers auxquels la santé publique est exposée du fait de la provocation publique, la commission demande que celle-ci soit considérée comme un délit dont elle laisse la sanction pénale aux soins du législateur; au point de vue médical, il y aurait simplement lieu de décider :

1° Que l'intérêt de la santé publique exige que les filles reconnues coupables du délit de provocation publique soient soumises à un examen médical périodique.

2° Que celles de ces filles qui seraient reconnues, de par cet examen, affectées de maladies vénériennes, notamment de syphilis, soient internées dans un asile sanitaire spécial.

Mais, en même temps, la commission ne veut pas laisser subsister certaines mesures administratives arbitraires; elle réclame l'exercice du droit commun et la légalité en cette matière comme en toute autre. Ainsi, elle demande que l'inscription d'une fille coupable du délit de provocation sur la voie publique ne puisse jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire, mais elle admet parfaitement la surveillance médicale de la fille inscrite, ce qu'on a représenté comme une illégalité, comme un attentat officiel; elle affirme le droit absolu qu'a la société de se défendre contre une certaine catégorie de femmes qui font de la prostitution un métier : « la prostitution et la provocation publique constituent un danger considérable pour la santé publique et, conséquemment, c'est un strict droit, c'est même un devoir pour la société d'astreindre à une surveillance rigoureuse l'industrie insalubre de la prostitution, au même titre que toutes les autres industries insalubres. »

Sur la question de savoir si la provocation sur la voie publique, aussi longtemps du moins qu'elle ne trouble pas l'ordre public, sera ou non tolérée, la commission s'est divisée : trois membres ont voulu proscrire absolument et poursuivre toute provocation de ce genre, d'où qu'elle vienne, quelles que soient les femmes qui se livrent à cette provocation, les deux autres ont entendu maintenir l'état de choses actuel, quant à la tolérance de la provocation publique de la part des filles inscrites, avec proscription rigoureuse de la même tolérance vis à vis des filles non soumises à la surveillance administrative. En d'autres termes, ils ont voulu simplement assainir la provocation des rues.

Au sujet de l'internement des filles infectées, le rapport s'exprime ainsi : « Hospitaliser la syphilis dans ses formes contagieuses, c'est la rendre inoffensive. Voilà le salut. »

Il ne s'agit pas d'envoyer une fille reconnue affectée d'une maladie vénérienne en prison et dans une prison commune aux voleuses et aux criminelles de tout genre : cette fille, simplement coupable d'avoir contracté une maladie, sera simplement traitée comme une malade et, à ce titre, internée dans un hôpital.

L'hôpital sera à la fois un refuge pour la malade et une sauvegarde pour la santé publique, et il importe que les locaux affectés à ce service spécial soient aménagés comme tous les autres, suivant les règles de l'hygiène.

Enfin, la commission exprime la conviction qu'un des meilleurs moyens de lutter contre la syphilis et d'en diminuer la dissémination, « c'est d'apprendre aux jeunes générations médicales, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, à connaître cette grande maladie, à la dépister sous ses formes diverses, à la traiter, à la guérir. » L. D.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE PAR LA PATIENTE ELLE-MÊME.

Le *Journal d'accouchements* a rapporté d'après le *Wratsch* le fait remarquable suivant : un médecin de St-Petersbourg fut amené à pratiquer l'autopsie d'une paysanne morte dans les circonstances suivantes :

Étant devenue enceinte pour la 6e fois, en l'absence de son mari, et, bien que celui-ci se montrât fort indulgent à son retour, cette femme, lorsque le travail eut commencé, s'ouvrit le ventre et l'utérus, en se tenant dans la station debout, et retira l'enfant. Sa fille survenant à ce moment, elle eut encore la force de monter sur le poêle, qui chez les paysans russes, tient lieu de lit et s'y coucha. Au bout de quelque temps, elle en redescendit, et tomba enfin épuisée par la perte de sang. Elle mourut dans la soirée. L'enfant, du sexe mâle, pesait 6 livres, et avait une taille de 0,55 ; il vécut pendant 24 jours. A l'autopsie, on constata dans la ligne blanche une plaie longue de 12 centimètres, à bords nets, sans caillots ; la plaie de l'utérus, partie inférieure, avait une longueur de 11 centimèt.

L'auteur rappelle deux autres cas analogues. Le premier, rapporté par Eon, est celui d'une négresse qui s'était ouvert le ventre et l'utérus ; elle guérit. Dans le second, il s'agit d'une jeune femme de Viterbe (Italie), qui, voulant cacher sa grossesse, s'ouvrit le ventre et l'utérus avec un couteau. Ne réussissant pas à extraire l'enfant, elle lui coupa d'abord la main, et ensuite la tête, puis elle retira le tronc. Elle se rétablit également ! L.

LE MICROBE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Le microbe de la fièvre typhoïde, découvert par Eberth en 1880, est actuellement un des organismes pathogènes les mieux connus, grâce aux nombreux travaux dont il a été l'objet.

C'est un bacille court, d'une longueur de 2 à 3 microns, et d'une largeur 3 fois moindre. Ses dimensions sont par conséquent un peu inférieures à la moitié du diamètre d'un globule rouge. Il est généralement cylindrique; dans certains cas il se renfle légèrement vers son milieu de façon à présenter une forme ovoïde. Ses extrémités sont arrondies. A son intérieur on aperçoit quelquefois une ou plusieurs vacuoles qui ne fixent plus les matières colorantes; elles sont un signe de dégénérescence.

Cet organisme est animé d'un mouvement rapide, qu'on utilise pour le diagnostic. Il se développe déjà bien à la température ordinaire, mieux à la chaleur du corps, et se laisse cultiver facilement sur la gélatine peptone, l'agar peptone, la pomme de terre, etc. Sur la gélatine et l'agar, le développement est loin d'être caractéristique. Sur la pomme de terre au contraire, il se présente sous un aspect tout particulier. Tandis que tous les autres organismes connus, sauf celui de l'érysipèle, y produisent par leur multiplication un enduit plus ou moins épais est bien apparent, le bacille typhique développe une couche si mince et si transparente qu'elle est invisible : à peine la surface prend-elle un aspect plus égal et plus humide et l'examen microscopique est absolument nécessaire pour établir qu'il y a eu réellement développement. Cet examen décide en même temps, au besoin, et sans la moindre difficulté, si le microbe cultivé est celui de la fièvre typhoïde, ou celui de l'érysipèle, le premier étant un bâtonnet, le second un microcoque. A cause de la forme que le germe de la dothiénenterie revêt sur la pomme de terre, sa culture sur ce milieu est d'une grande importance pour le diagnostic.

Quand le développement se fait entre 22 et 40° C., on observe souvent la formation de spores. Ce fait est important au point de vue de la désinfection, les spores présentant une résistance beaucoup plus

grande à tous les agents de destruction que les formes végétatives dont elles proviennent.

Le bacille du typhus est surtout un microbe aérobie, et il accuse nettement son avidité pour l'oxygène par sa tendance à croître plutôt en surface qu'en profondeur. D'après Seitz et Roux, il se multiplie aussi dans le vide, c'est à dire à l'abri de l'oxygène. Il est donc aussi anaérobie.

Sa présence à l'intérieur du corps dans la fièvre typhoïde est un phénomène constant; de plus, il ne s'observe que dans cette affection, et on ne l'a trouvé jusqu'ici dans aucune autre maladie, malgré les recherches les plus soigneuses (Eberth, Meyer, Gaffky, etc.). Dans certains organes, comme la rate, les ganglions mésentériques et les plaques de Peyer, il se rencontre d'une façon constante. Puis viennent dans l'ordre de fréquence le foie et les reins. On a aussi décelé plusieurs fois sa présence dans le muscle cardiaque, les méninges, les poumons, les testicules, et même le placenta et les organes du fœtus. Il ne circule dans le sang que dans des cas rares, et encore seulement à l'état d'individus isolés. C'est pour ce motif que les cultures faites avec du sang n'ont presque jamais donné de résultats, et qu'on a du abandonner bientôt les espérances fondées sur ce mode de diagnostic.

On avait pensé d'abord retrouver le même organisme dans la plupart des complications de la dothiénentérie, telles qu'abcès, parotidites, pneumonies lobaires et lobulaires, laryngites, phlegmons, érysipèles, etc..., mais les cultures ont bientôt démontré qu'on était dans l'erreur.

On sait aujourd'hui que presque toutes les complications sont déterminées par des invasions d'autres organismes, parmi lesquels le staphylococcus pyogenes occupe la première place. Ces invasions secondaires s'opèrent par les nombreuses solutions de continuité qui se créent de tous côtés, et qui sont autant de brèches par lesquelles l'ennemi pénètre dans la place : plaques de Peyer ulcérées, plaies dues aux décubitus, fissures de la langue, nécrose de l'épithélium buccal et pharyngé, etc. L'apathie des malades et souvent le manque de soins favorisent encore cet envahissement, dont les effets sont d'autant plus assurés que la nutrition générale subit partout une atteinte grave. Les

conclusions qui découlent de la connaissance de ces faits sont faciles à tirer; en surveillant soigneusement toutes ces portes ouvertes aux microbes, le médecin parviendra à éviter bien des complications dangereuses.

Comme nous venons de le dire, le bacille typhique appartient en propre à la dothiénentérie. Pour achever la démonstration de son action pathogène, il serait à désirer qu'on pût, à l'aide de cultures pures, inoculer la maladie, mais on ne connaît pas d'espèces animales prenant spontanément la fièvre typhoïde, de sorte que la démonstration de ce point est entourée de difficultés considérables. Malgré le peu de chance de réussite que présentait le problème, de nombreuses essais ont pourtant été tentés.

Gaffky, qui, le premier a cultivé le bacille typhique, a essayé d'infecter le singe, le lapin, le cobaye, le rat, la souris, le pigeon et le poulet. Il a essayé l'injection sous-cutanée, l'injection dans la cavité abdominale ou dans le sang, l'introduction par les voies digestives, mais tous ses efforts ont échoué.

La question semblait donc définitivement résolue dans le sens négatif. Aussi ne fut-on pas peu étonné d'apprendre, quelque temps après, que Fränkel et Simmonds avaient réussi par injection intra-péritonéale et intra-veineuse à produire, chez les souris et chez les lapins, une maladie suivie rapidement de mort et caractérisée par un gonflement de la rate, des ganglions mésentériques et des follicules clos de l'intestin. Bientôt ces expériences furent confirmées par Seitz, qui fit connaître une troisième méthode d'infection, copiée sur celle de Koch pour l'infection cholérique : l'ingestion des cultures par la bouche après neutralisation préalable du suc gastrique par le carbonate de sodium, et immobilisation de l'intestin par la teinture d'opium. La première précaution avait dans l'esprit de l'auteur pour but de transformer l'acide chlorhydrique de l'estomac en sel indifférent, la seconde de donner au bacille le temps d'arriver dans l'intestin à un développement suffisant pour entamer la muqueuse.

Mais ces expériences, pour réussir, doivent être faites avec des doses énormes; en outre le milieu de culture et l'ancienneté de la culture même jouent au point de vue de la réussite un rôle considérable. Ajoutons que l'infection ainsi produite, au lieu de montrer une marche

graduellement ascendante en rapport avec l'accroissement des bacilles, présente un caractère foudroyant, la mort survenant ordinairement le jour même de l'inoculation, et quelquefois 2 ou 3 heures plus tard.

Ces considérations portèrent Sirotine à se demander si les effets obtenus par Fränkel et Simmonds, et par Seitz, n'étaient pas plutôt la conséquence d'une intoxication, c'est à dire d'un empoisonnement par une substance chimique préformée, au lieu d'être la suite d'une infection, c'est à dire d'un développement microbien dans les tissus. L'expérience confirma ses soupçons. Il trouva que, si l'on élève le liquide qui tient les bacilles en suspension à une température suffisante pour les tuer, on provoque des symptômes tout aussi intenses et aussi rapides qu'en injectant les bacilles vivants. Il en est de même quand on opère avec le produit obtenu par filtration au moyen de l'appareil de Chamberland, qui retient les organismes, mais non les principes dissous. Sirotine en conclut que les animaux succombent à une intoxication, et, comme contre-épreuve de son assertion, il démontra qu'entre le moment de l'injection et celui de la mort, il n'y a aucun développement sensible des microorganismes.

Beumer et Peiper, et plus tard Baumgarten, confirmèrent tous ces points.

Dans ces derniers temps, Chantemesse et Widal ont annoncé qu'ils avaient provoqué chez le lapin, le cobaye et la souris, un état morbide à développement lent et progressif, et caractérisé surtout par de la fièvre et de la diarrhée. A l'autopsie on remarquait un gonflement de la rate, des ganglions mésentériques et des plaques de Peyer, et même des ulcérations au niveau de ces dernières. Si ces expériences se confirment, la pathogénéité du bacille de la fièvre typhoïde sera établie directement. En attendant cette démonstration, l'analogie que présente cette affection avec beaucoup de maladies dont la nature microbienne a été établie par l'inoculation, nous permet d'affirmer sans la moindre hésitation que le bacille découvert par Eberth est la cause de la dothiénenterie.

Mentionnons encore que Brieger, qui s'est déjà acquis tant de mérites par ses recherches sur les ptomaïnes, a extrait des vieilles cultures du bacille, un alcaloïde, une ptomaïne, qu'il a appelée *typhotoxine*, et qui est douée de propriétés toxiques violentes.

Chez les cochons d'Inde, cette substance produit la salivation, l'accélération de la respiration, la dilatation pupillaire, des selles diarrhéiques et finalement la mort. Des recherches ultérieures devront nous apprendre si ce corps joue un rôle dans la pathologie humaine, et quel est ce rôle.

Telles sont nos principales connaissances sur la nature du germe de la fièvre typhoïde, et s'il faut reconnaître qu'elles n'ont guère fait progresser le traitement de cette maladie, on ne peut nier qu'elles aient fourni au point de vue de la prophylaxie les données les plus précieuses. En effet, c'est surtout quand nous serons renseignés exactement sur les voies par lesquelles le bacille quitte l'organisme malade, sur les conditions dans lesquelles il se conserve et se multiplie en dehors de lui, et enfin sur son mode d'invasion, que nous pourrons combattre avantageusement la propagation de la fièvre typhoïde.

C'est surtout avec les matières fécales que le bacille quitte le corps humain.

Ce fait, démontré un grand nombre de fois par les cultures, s'explique de lui-même. En effet, comme l'infection se fait par l'intestin, il n'est pas étonnant qu'on en retrouve le germe dans les matières fécales, d'autant plus que les sécrétions intestinales constituent un milieu propre à son développement. Plus tard, vers la fin de la 2me semaine, ou pendant la 3me, l'ulcération des plaques de Peyer constitue une nouvelle source de bacilles.

Après les matières fécales se placent les urines, surtout quand elles sont riches en albumine.

D'après Chantemesse et Widal, les mucosités bronchiques et les sudamina en contiennent également dans certains cas. De plus, ils ont constaté sa présence dans le lait d'une nourrice. Quant à l'air expiré, on peut sans crainte affirmer qu'il ne renferme pas le bacille. Il est vrai que jusqu'ici il n'existe point d'expériences directes sur ce point, mais on a constaté, pour d'autres maladies infectieuses, que le courant expiratoire ne renferme jamais de germes, sauf dans le cas où la toux y jette des mucosités.

En résumé, les selles et les urines sont les principaux vecteurs du bacille ; mais il se rencontre aussi dans les produits de l'expectoration, dans le liquide des sudamina, et dans le lait.

On croyait jusque dans ces tout derniers temps, qu'on pouvait au moyen de certains antiseptiques désinfecter à volonté le tube digestif, et y tuer les microbes, qui y pullulent depuis le duodénum jusqu'à l'anus. Parmi ces substances, le mercure, surtout sous forme de calomel, jouissait du plus de crédit. Or, l'expérience, comme cela arrive souvent, est venue encore une fois renverser les idées les plus rationnelles.

Fürbringer a fait la numération des microbes contenus dans les selles chez plusieurs typhiques avant de leur administrer du calomel. Il a trouvé qu'un milligramme de matières fécales renfermait en moyenne 127,000 microbes de diverses espèces. Après l'administration du calomel, leur nombre est tombé à 81,000. La désinfection était donc restée bien incomplète, et ce qu'on sait de la grande résistance du bacille typhique, doit faire admettre que la diminution provient de l'arrêt de développement d'espèces indifférentes, plus vulnérables.

Dans ces derniers temps, Sucksdorff avait constaté que la naphtaline produit dans les selles normales l'énorme réduction de 381,000 microbes par milligramme à 1,000. Aussi ce médicament a-t-il conquis rapidement une place importante dans le traitement des affections intestinales et spécialement de la fièvre typhoïde. Fürbringer a voulu également demander à l'expérience directe ce qu'on pouvait attendre de cet agent. La série de typhoïques examinée à ce sujet présentait une moyenne de 112,000 microbes par milligramme de matières excrémentielles; sous l'action de la naphtaline, ce chiffre tomba à 90,000, et chose curieuse, plusieurs colonies de bacilles typhiques se développèrent sur les plaques à côté des autres organismes épargnés. Il existe donc dans les selles des malades traités par la naphtaline, qui est peut-être le désinfectant intestinal le plus puissant que nous ayons, des germes vivants de la fièvre typhoïde. Ce résultat du reste était à prévoir, car Seitz avait déjà démontré que ni la naphtaline en cristaux, ni la naphtaline dissoute, ne sont capables d'arrêter le développement du bacille de la fièvre typhoïde.

Il faut donc renoncer à exterminer ces organismes dans le tube intestinal même. A-t-on du moins le pouvoir de les atteindre dans les matières fécales ? Combien de médecins, après avoir ordonné de verser dans les selles un peu d'acide phénique ou de sulfate de

fer, sont persuadés qu'ils ont arrêté la propagation de la maladie à son origine même ! Or, voici ce que l'expérience démontre.

Seitz prend dix ballons stérilisés et dans chacun d'eux verse dix centimètres cubes de matières fécales de typhiques. Il ajoute ensuite une quantité égale du désinfectant à éprouver. Ensemençant sur plaques le produit de chaque ballon cinq minutes, dix minutes, quinze minutes, trois jours après le mélange, il a obtenu les résultats suivants :

Acide sulfurique 7 p. c. Sulfate de cuivre 5 p. c. Sulfate de zinc 5 p. c. Sulfate de fer 5 p. c. Chlorure de chaux 5 p. c. Sublimé corrosif 0,5 p. c. Acide chlorhydrique 0,03 p. c.	Les colonies se développèrent sur les plaques non seulement après cinq, dix et quinze minutes, mais encore après 3 jours de durée du mélange.
Acide sulfurique 10 p. c. Acide phénique 5. p. c. Acide phénique 10 p. c.	Les colonies se développèrent après cinq, dix et quinze minutes de durée du mélange, mais après 3 jours il fut impossible d'en retrouver.

Pour désinfecter sûrement les selles des typhiques, il faut donc ajouter une quantité égale de solution d'acide sulfurique à 10 p. c., ou d'acide phénique à 5 p. c., et laisser le mélange en contact pendant 3 jours.

Le bacille se laisse mieux tuer dans les liquides de culture que dans les selles, mais sa résistance est encore toujours très considérable. En opérant sur des bouillons de culture, Seitz constata les faits suivants :

(Le signe + indique l'apparition des colonies sur les plaques de gélatine, le signe — témoigne de leur absence).

		Après 5 minutes.	Après 10 minutes.	Après 15 minutes.	Après 3 jours.	
Acide chlorhydrique (Acide chlorhydrique digestion).	0,3/1000	+	+	+	+	Riche développem^t
Sublimé. . .	1/2000	+	+	+	?	Diminution successive très considérab.
Sulfate de fer. .	5 p. c.	+	+	+	—	Encore riche dével^t dans le premier quart d'heure.
Sulfate de zinc .	5 p. c.	+	+	+	—	1 à 6 germes seulm^t après 5 à 10 minut^s.
Acide sulfurique .	2 p. c.	+	+	—	—	
Acide phénique .	5 p. c.	+	?	—	—	
Acide phénique .	10 p. c.	+	—	—	—	
Sulfate de cuivre .	5 p. c.	+	—	—	—	
Chlorure de chaux.	5 p. c.	—	—	—	—	
Acide sulfurique .	5 p. c.	—	—	—	—	

Chantemesse et Widal, au lieu d'ajouter, comme Seitz, les désinfectants aux bouillons de culture procèdent différemment. Ils ajoutent aux tubes de gélatine une quantité déterminée d'un antiseptique et ensemencent ensuite le bacille dans la gélatine ainsi préparée. Ils ont trouvé de cette façon que si la gélatine renferme 1 pour 800 d'acide phénique, le développement se fait presque aussi rapidement que sur une gélatine ordinaire. A une concentration plus forte, il y a ralentissement. Enfin il faut 1 p. 200 pour entraver complètement le développement. Mais, fait intéressant, cette concentration n'est pas encore suffisante pour tuer le bacille, car même au bout d'un mois de séjour, dans une gélatine aussi fortement phéniquée, cet organisme transporté sur de la gélatine ordinaire, y développe sa vitalité normale.

Chantemesse et Widal en opérant avec le sublimé suivant la même méthode, ont trouvé qu'il s'oppose au développement à la dose de

1/20,000. L'acide chlorhydrique exerce la même action à la dose de 1/200, mais sans tuer le microbe.

Les chiffres qui précèdent démontrent qu'il est plus aisé de détruire le germe de la fièvre typhoïde dans les liquides de culture que dans les selles. Le motif en réside surtout dans les particules solides agglomérées des matières fécales, particules au sein desquelles les désinfectants ont de la difficulté à pénétrer. Il est en outre probable que les selles renferment l'organisme sous la forme de spore, laquelle, comme on le sait, se laisse moins facilement attaquer que la forme végétative.

Quant à l'action désinfectante de la chaleur, les mêmes auteurs ont constaté que les bouillons de culture renfermant des spores, peuvent être soumis successivement à une température de 60, 70, 80 et 90°, sans perdre leur vitalité. Par contre, les tubes ensemencés avec du bouillon porté à 100°, restèrent stériles.

Le bacille de la fièvre typhoïde est non seulement dangereux parce qu'il est difficile à tuer dans les matières fécales, mais encore parce qu'il trouve facilement en dehors de l'organisme le moyen de se conserver intact et de se multiplier. Il se développe dans les infusions faites au moyen de plantes, dans l'urine, dans le lait, et même dans l'eau de source et l'eau d'égoût (Wolfhügel et Riedel, Seitz). Chantemesse et Widal ont constaté qu'il avait conservé sa viabilité après avoir séjourné plusieurs mois dans une bouteille d'eau de rivière. Dans l'eau gazeuse, on l'a retrouvé vivant après plusieurs semaines. Une congélation de courte durée ne suffit pas pour le tuer. Prudden, ayant maintenu à l'état de glace, pendant 11 jours, de l'eau renfermant 1,000,000 de bacilles par centimètre cube, constata 77 jours plus tard qu'il y en avait encore 72,000, et 103 jours plus tard 7,000. Une congélation et une liquéfaction successives exercent une action beaucoup plus délétère. Ainsi, après 3 dégels consécutifs, leur nombre était tombé de 40,000 à 90. Trois jours plus tard, les plaques ne fournirent plus aucun développement.

Ils supportent bien la sécheresse. Après une dessication de quatre mois, ils fournissent encore des colonies. Enfin ils présentent également une résistance remarquable à la putréfaction. Fränkel et Simmonds enterrèrent une rate de typhoïque, ils maintinrent une seconde sous l'eau, et abandonnèrent une troisième à la décom-

position à l'air libre. Huit jours plus tard, les cultures décélèrent, à côté d'innombrables colonies de microbes de la putréfaction, d'autres colonies de l'organisme spécifique. Chantemesse et Widal conservèrent une selle pendant 15 jours, et obtinrent encore après ce temps un riche développement de bacilles typhiques, expérience que Seitz avait du reste déjà instituée avant eux dans des circonstances analogues. On sait que d'autres organismes, tels que celui du choléra, disparaissent rapidement des milieux en putréfaction.

Si l'on considère encore, que la multiplication du bacille s'opère déjà à 3°, il ne faut pas s'étonner que la contamination de la fièvre typhoïde se fasse si facilement par voie indirecte, et que l'on peut rattacher des épidémies actuelles à d'autres, éteintes depuis des mois et des années, sans qu'il soit besoin d'invoquer une nouvelle importation de germes. Déjà avant la connaissance du bacille spécifique, on savait qu'il fallait incriminer l'eau potable au moins dans 95 % des cas. Aussi, dans ces derniers temps, on s'est livré à d'actives recherches pour arriver à y déceler le coupable. Les cas dans lesquels on a réussi sont jusqu'ici peu nombreux. Il faut probablement en accuser la méthode longue et laborieuse qu'on est obligé de suivre et qui ne permet d'exécuter l'analyse que sur de minimes quantités d'eau. En effet, si l'on en ajoute trop à la plaque, les colonies sont trop serrées et n'arrivent pas à une différenciation convenable : de plus, celles qui ont la propriété de liquéfier la gélatine, finissent au bout de 2 à 3 jours par fluidifier toute la plaque, de sorte que les bénéfices de la culture sur milieu solide sont totalement perdus. D'un autre côté si l'on se borne, comme c'est l'habitude, à faire l'analyse de quelques gouttes ou même de fractions de gouttes, on court fortement le risque de ne pas rencontrer l'organisme recherché, surtout s'il n'existe qu'en petit nombre. Autre détail qui explique peut-être le grand nombre d'insuccès : l'analyse souvent n'est faite qu'une fois, or il est établi que les bacilles peuvent à certains jours être abondants et disparaître complètement à d'autres.

Dans ces derniers temps, Chantemesse et Widal ont introduit dans la technique un progrès notable, en conseillant d'ajouter à la gélatine 2 pour 1000 d'acide phénique. Cette addition a pour but d'entraver complètement le développement de bon nombre de microbes, surtout

de ceux qui liquéfient la gélatine, tandis qu'elle respecte la vitalité du bacille du typhus. On peut par ce moyen opérer sur des quantités d'eau plus considérables et accroître ainsi les chances de réussite. De plus, la liquéfaction étant ralentie, les colonies arrivent à se différencier davantage, et il est plus facile de reconnaître celles qui présentent des caractères suspects. Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de nous assurer combien cette addition est utile (1), et il est probable qu'elle permettra d'atteindre plus souvent le but.

Voici les quelques cas, dans lesquels le bacille a été constaté dans l'eau potable.

Depuis le commencement de décembre 1885, plusieurs cas de fièvre typhoïde s'étaient montrés à Grossburgk, en Saxe. A la suite d'une enquête un puits parmi plusieurs autres fut soupçonné d'être l'origine de l'épidémie. L'eau en fut examinée par J. Michael qui y découvrit les bacilles caractéristiques. Détail intéressant : cette eau, au point de vue de ses qualités physiques et chimiques, était tout à fait irréprochable. Sa transparence était parfaite, sa saveur agréable, et l'analyse y démontra l'absence d'acide nitreux et d'ammoniaque.

Dans une ferme, située dans une région où la fièvre typhoïde est presque inconnue, il y avait eu depuis plusieurs années de fréquents cas de cette maladie. L'eau des quatre puits fut examinée par Beumer qui découvrit le bacille dans l'un d'eux.

Moers cite un cas analogue, qui s'est passé près de Liebour. Le puits se trouvait en communication directe avec les fosses d'aisance, et dans celles-ci on avait jeté quelque temps auparavant des selles de typhoïques.

Au milieu de l'été 1886, une famille composée de sept personnes habitait une maison de la rue des Rasselins à Ménilmontant. Cinq d'entre elles furent atteintes de fièvre typhoïde. Dans l'eau recueillie à la borne fontaine où elles s'alimentaient, Chantemesse et Widal trouvèrent le bacille avec tous ses caractères morphologiques et biologiques.

A la même époque une violente épidémie éclata à Pierrefonds. Dans une seule maison, il y avait à la fois huit cas, présentant une

(1) Nous nous chargeons volontiers de faire cette analyse dans les cas où ces recherches peuvent être d'*utilité générale*.

ressemblance étonnante, et caractérisés surtout par la prédominance des symptômes cérébraux. Il fut démontré que l'eau potable renfermait beaucoup de matières fécales et provenait d'un puits dans lequel on avait jeté, quelques jours avant l'explosion de la maladie, des selles de typhoïques. L'examen bactériologique fait par Chantemesse y démontra l'énorme quantité de 25,000 bacilles de la fièvre typhoïde par litre d'eau !

Enfin le 7 mars de l'année courante, Thoinot recueillit de l'eau de la Seine à Ivry, environ 20 mètres au dessus de l'endroit où sont établies les pompes qui servent à alimenter le réservoir d'eau potable de Villejuif à Paris. L'analyse bactériologique, faite suivant le procédé à l'acide phénique, aboutit également à y démontrer le bacille de la dothiénentérie.

Tous ces faits sont un nouvel argument en faveur de l'action pathogène de ce microorganisme. J. DENYS.

L'HYDRATE D'AMYLÈNE.

1° L'HYDRATE D'AMYLÈNE, UN NOUVEAU SOPORIFIQUE par J. VON MERING. (*Therap. Monatsh.* 1887. *N°* 7).

2° DE L'EMPLOI DE L'HYDRATE D'AMYLÈNE, PARTICULIÈREMENT DANS LES MALADIES MENTALES, par SCHARSCHMIDT. (*Thérap. Monatsh.* 1887. *N°* 9).

L'hydrate d'amylène est un hypnotique récemment introduit dans la pratique médicale par le prof. Von Mering de Strasbourg. C'est un alcool tertiaire, obtenu en premier lieu par Wurtz, et qui a pour formule : $(CH_3)_2COH.(C_2H_5)$. Il est encore appelé alcool amylique tertiaire. Il se présente sous forme d'un liquide incolore et très-mobile, bouillant vers 100° C° et d'un poids spécifique de 0,81.

Il se dissout dans 8 parties d'eau, et en toute proportion dans l'alcool. Sa saveur rappelle celle du camphre, et laisse un arrière-goût frais et piquant.

Von Mering, de concert avec Thierfelder, a démontré par de nombreuses expériences sur les animaux, qu'à dose moyenne, il produit un sommeil profond à réveil franc, sans exercer aucune influence dépressive sur la respiration et la circulation. Son action reste ainsi

limitée aux hémisphères cérébraux, et ce n'est qu'à de hautes doses qu'il paralyse le bulbe rachidien et la moelle épinière. A ce point de vue, l'hydrate d'amylène présente un avantage précieux sur l'hydrate de chloral, dont l'action est accompagnée d'un abaissement notable de la pression sanguine.

Dans ces deux dernières années, von Mering à essayé l'alcool amylique tertiaire sur l'homme dans 60 cas. Il a prescrit en tout le médicament 350 fois, la dose variait de 3 à 5 gr. La plupart des malades souffraient d'insomnie par suite d'excitation nerveuse et de surmenage. Deux d'entre eux étaient atteints d'une lésion cardiaque avancée. Le médicament fut encore administré contre les insomnies des vieillards, des convalescents, des anémiques, des phtisiques et dans plusieurs maladies fébriles. (Fièvre typhoïde et rhumatisme articulaire). Enfin il fut employé dans un cas de paralysie générale, un autre de manie, un troisième de délirium tremens, et un quatrième d'excitation sénile. Dans tous ces cas, sauf quatre, un sommeil reconfortant et profond s'est déclaré sans stade d'excitation préalable, environ 1/2 heure après l'ingestion du médicament. Il a duré de 6 à 12 heures. A la dose de 0,2 gr., pris le soir, il rendit de bons services dans deux cas de coqueluche chez des enfants.

Quand l'insomnie est due à la douleur, l'hydrate d'amylène est aussi peu efficace que l'hydrate de chloral, à moins d'être associé à l'opium.

Enfin il n'exerce aucune action concomitante fâcheuse : ainsi on n'observe ni céphalagie, ni nausées, ni vomissements, ni perte d'appétit. Dans un cas seulement, von Mering a noté au réveil de la pesanteur de tête.

Au point de vue de la puissance soporifique, l'hydrate d'amylène se place entre l'hydrate de chloral et la paraldéhyde, de sorte que pour produire le même effet, il faut donner 2 grammes du premier, 1 gramme du second et 3 du troisième. Mais cette infériorité par rapport au chloral est largement rachetée.

On peut administrer l'hydrate d'amylène par la bouche et par le rectum.

Voici quelques bonnes formules :

R. Hydr. d'amylène 7 gr.
Eau dist. 60 gr.
Extr. de régl. 10 gr.

A prendre la moitié le soir.

R. Hydr. d'amylène 5 gr.
Eau dist. 50 gr.
Mucil. de gomme arab. 20 gr.
Pour 1 lavement.

Quand l'insomnie est due à des douleurs, surtout d'origine périphérique, on prescrit :

R. Hydr. d'amyl. 6 — 7 gr.
Chlorhydr. de morph. 2 — 3 centigr.
Eau dist. 60 gr.
Extr. de réglisse. 10 gr.

A prendre la moitié le soir.

R. Hydr. d'amyl. 4 gr.
Chlorhydr. de morph. 1,5 centigr.
Eau dist. 50 gr.
Mucil. de gomme arab. 20 gr.
Pour un lavement.

L'hydrate d'amylène expérimenté par von Mering provenait de Kahlbaum, rue de Silesie, Berlin ; et coûte 6,25 fr. les 100 grammes.

On peut se procurer chez le même des capsules d'hydrate d'amylène d'une teneur de 1 gr.

Von Mering a également prescrit de l'hydrate de deux autres porvenances, mais renfermant beaucoup d'impuretés (Alcools lourds, polymères de l'amylène, etc.). Ces composés sont peu solubles dans l'eau, et occasionnent de la céphalalgie, des congestions, du malaise et des nausées. Il a dû renoncer à leur emploi

A la demande de von Mering, l'hydrate d'amylène fut essayé à la clinique psychiatrique de Strasbourg. Nous résumons le rapport qu'en a fait le Dr Scharschmidt.

Le nouveau soporifique y fut administré concurremment avec l'hydrate de chloral, la paraldéhyde et l'uréthane.

Cet essai a donné des résultats très-satisfaisants. On en a administré 1050 doses réparties entre 60 malades. Au commencement, le médicament fut donné dissous dans du rhum ou du cognac, avec du sirop d'écorces d'orange comme édulcorant. Mais l'addition de ce dernier précipitant une partie de l'hydrate, et la saveur restant encore très-âpre et brûlante, le cognac fut remplacé par le vin rouge. Le mélange est préparé extemporanément au moyen d'un compte goutte. On laisse tomber dans 2 à 3 cuillerées de vin rouge additionnées de 1 à 2 cuillerées à café de sucre, 60, 80 ou 100 gouttes d'hydrate, correspondant respectivement à 2, 4; 3,2 et 4 gr. de médicament, le poids spécifique de celui-ci étant 0,81. Si l'on choisit ce mode d'administration, on formulera :

P. Hydrate d'amylène 2,4 à 4 gr.
Vin rouge 30 à 40 gr.
Sucre blanc 5 à 10 gr.

A prendre en une fois.

Nous avons vu que von Mering préfère comme édulcorant l'extrait de réglisse. Les malades donnent la préférence tantôt à la formule de ce dernier, tantôt à celle au vin rouge.

Chez les individus récalcitrants, on a recours aux lavements. On formule.

P. Hydrate d'amylène 3 à 5 gr.
Mucilage de gomme arab. âa 25 gr.
Eau dist.

Dans les tableaux suivants sont classés les résultats obtenus d'après la dose employée. Sous la rubrique *effet satisfaisant* sont rangés les cas dans lesquels le médicament a produit un sommeil continu et réconfortant de 5 à 7 heures de durée; sous la rubrique *effet incomplet*, les cas dans lesquels le sommeil est survenu tardivement, ou a été souvent interrompu, ou n'était que de 3 à 5 heures.

I.

Dose de 1,6 gr. à 2,6 gr.

	EFFET SATISFAISANT	EFFET INCOMPLET	PAS D'EFFET	TOTAL
Nombre de doses	352	45	24	421
En p. c.	83,6 p. c.	10,7 p. c.	4,7 p. c.	

II.

Dose de 3,2 gr. à 4 gr.

	EFFET SATISFAISANT	EFFET INCOMPLET	PAS D'EFFET	TOTAL
Nombre de doses	496	83	20	599
En p. c.	82,8 p. c.	13,8 p. c.	3,4 p. c.	

III.

Dose de 4,8 gr. à 5 gr.

	EFFET SATISFAISANT	EFFET INCOMPLET	PAS D'EFFET	TOTAL
Nombre de doses	21	10	0	31
En p. c.	67,7 p. c.	32,3 p. c.		

Les expériences instituées parallèlement avec le chloral, la paraldéhyde et l'uréthane établirent la supériorité de l'hydrate d'amylène pour la sûreté de l'effet obtenu. Le sommeil survient en général 5 à 10 minutes après l'ingestion; chez les malades agités ou légèrement excités, il faut 30 minutes, enfin chez les maniaques une demie heure à une heure. Comme le 3me tableau le démontre, il est toujours possible de produire un certain effet, pourvu que l'on ait recours à des doses suffisantes.

Scharschmidt n'observa que deux ou trois fois des troubles gastriques, sous forme de nausées ou de vomissements. L'appétit se maintient intact et les selles sont régulières. Très-rarement le réveil est accompagné d'un peu de pesanteur de tête. Quant à la respiration et au pouls, ils ne sont aucunement influencés. Ils subissent, il est vrai, un léger ralentissement, mais ce phénomène appartient aussi au sommeil naturel.

A la fin de son travail, Scharschmidt énumère les différentes psychoses dans lesquelles l'hydrate a été employé avec les doses convenables pour chaque maladie. Dans la mélancolie non compliquée, 1,6 gr. à 3,2 gr. suffisent, dans la mélancolie avec agitation il est nécessaire d'aller jusqu'à 4 gr. Dans la démence paralytique, on donne 1,6 gr. à 2,4 gr., dans le délirium tremens 4 à 5 gr, dans le délire aigu 3,2 à 4 gr.

A propos de cette dernière forme d'aliénation mentale, Scharschmidt rapporte un cas compliqué de maladie chronique de Bright et dans lequel l'hydrate d'amylène seul put procurer un sommeil calme et durable. Dans un cas analogue, mais aggravé encore par une lésion cardiaque et où le chloral était par conséquent contre-indiqué, il rendit les mêmes services. Dans la manie, il faut également de hautes doses, 4 à 5 gr.

J. D.

—

DE L'HYSOCINE.

« Tout praticien, qui a appris à observer ses malades, écrit Kobert *Thérap. Monats.* n° 7) sait que l'action de l'extrait de jusquiame n'est pas identique à celle de l'atropine. Il était donc utile d'expérimenter isolément les deux alcaloïdes renfermés dans la jusquiasme, l'hyosciamine et l'hyoscine. »

Or, de l'expérimentation à laquelle s'est livré l'auteur tant sur l'homme que sur les animaux,il conclut que l'hyosciamine cristallisée n'a aucun rôle à jouer dans la thérapeutique, son action physiologique se confondant avec celle de l'atropine. Quand à l'hyosciamine amorphe du commerce, c'est un mélange variable d'hyosciamine et d'hyoscine dont l'action n'est pas constante.

Par contre, l'hyoscine, que le commerce fournit maintenant à l'état de sels cristallins, a une action physiologique spéciale que l'auteur a étudiée sur les divers appareils.

Chez l'homme, elle aurait pour effet, même à petites doses, de modérer l'influence d'arrêt du nerf vague et de ses ganglions sur le cœur, et conviendrait par conséquent dans les affections où l'action cardiaque est ralentie ou affaiblie d'une manière réflexe par l'intermédiaire du nerf vague.

A doses toxiques, l'hyocine produirait comme l'atropine une coloration scarlatiniforme de la peau.

Mais, sur les centres vaso-moteurs, sur le pouls et la respiration, l'action du médicament n'est pas appréciable dans les conditions physiologiques et avec des doses thérapeutiques : son action restrictive sur les sécrétions sudorale et salivaire est équivalente, sinon supérieure à celle de l'atropine; il en est de même de son action paralysante sur la péristaltique intestinale.

L'hyoscine amènerait plus rapidement que l'atropine la dilatation pupillaire,mais la mydriase est moins persistante : en outre, la pression intra-oculaire ne serait pas augmentée, particularité qui mériterait d'attirer l'attention des ophtalmologistes pour le traitement du glaucôme.

L'hyoscine paraît sans influence sur la moelle épinière ; sur le cerveau, à l'état physiologique, elle tend à déterminer une légère narcose, mais, dans des conditions pathologiques, lorsqu'il y a de l'excitation cérébrale (agitation maniaque, délire), elle possède, même à petites doses, (un milligramme), une action calmante si remarquable qu'aucun autre agent narcotique ne peut rivaliser avec elle.

L'action de l'hyoscine sur le cerveau est donc précisément inverse de celle de l'atropine et de l'hyosciamine. (Kobert).

Quant aux applications thérapeutiques, Erb (ibidem) a rapporté les résultats qu'il a obtenus de l'hyoscine, spécialement dans le traitement de la *paralysie agitante*; il la considère comme un remède très utile contre les tremblements si rebelles à tout traitement de cette maladie; malheureusement, il n'est que palliatif, l'amélioration n'étant pas durable. Néanmoins, les malades se trouvent très soulagés après l'administration du remède : ils peuvent, au moins pendant quelques heures, mouvoir leurs membres librement; chez quelques uns, le tremblement disparaît même tout à fait ou presque pendant un quart à un demi-jour; ils deviennent capables de s'alimenter eux-mêmes, de s'habiller, etc.

Erb a également expérimenté l'hyoscine dans d'autres maladies spasmodiques, avec des résultats variables; dans les spasmes isolés de certains muscles ou groupes musculaires, tics convulsifs, etc., l'effet favorable ne fut que passager, sauf dans un cas de torticolis spasmodique où il fut rapide et persistant.

Dans un cas de tétanie récidivante, l'effet calmant ne se maintint pas : il en fut de même dans un cas de chorée hémiplégique.

Il serait désirable, selon l'auteur, d'essayer l'hyoscine sur une large échelle contre la salivation, les sueurs profuses et certaines insomnies.

Mode d'administration et doses. L'hyoscine s'emploie à l'état de sels (chlorhydrate, bromhydrate, iodhydrate). Kobert donne la préférence au chlorhydrate.

Les doses doivent être très minimes, vu l'énergie du remède, et se compter par dixièmes de milligramme, deux, quatre, au maximum huit.

On emploie plus souvent la voie sous-cutanée : l'effet est plus prompt, l'action plus énergique : à l'intérieur, on peut préparer des pilules de deux à trois dixièmes de milligramme (deux par jour).

La tolérance pour l'hyoscine paraît assez variable d'un individu à l'autre : les symptômes désagréables accusés par les malades consistent habituellement dans une sensation de faiblesse générale, un peu de somnolence, de chaleur à la face, de la séchéresse dans la bouche et la gorge, un peu de vertige ou de délire, quelques troubles de la vue ou de la parole. Ces symptômes sont passagers, mais Erb recommande de la prudence dans l'emploi de l'hyoscine, car il a observé des symptômes toxiques alarmants avec 6 dixièmes de milligrammes.

Bruce (*Therap. Monat.* n° 1) a célébré l'hyoscine comme un sédatif à la fois puissant, prompt et sûr dans les cas d'excitation cérébrale (délire, manie aiguë, insomnie). Aucun autre médicament ne lui serait supérieur sous ce rapport.

Les doses efficaces suffisantes pour l'effet thérapeutique sont de

3 dixièmes de milligramme ; de préférence injectées sous la peau ; il a observé avec une dose double des troubles circulatoires et respiratoires assez marqués.

Au contraire, Haynes considère l'hyoscine comme un hypnotique très infidèle, auquel on ne recourra que quand les autres médicaments sont en défaut ; sur 57 cas, elle ne procura le sommeil que 15 fois ; 13 fois elle provoqua du délire et des hallucinations de la vue, et dans 29 cas, elle n'eut pas d'effets appréciables ou provoqua de la céphalalgie, de la sécheresse de la bouche et de la gorge et d'autres symptômes incommodes.

Root a noté avec 2 dixièmes de milligramme seulement chez un sujet fébricitant, de la stupeur, de la respiration anxieuse et des mouvements convulsifs des extrémités inférieures, de la sécheresse de la bouche et de la dilatation pupillaire ; une dose de 15 centièmes de milligramme lui paraît la dose moyenne du remède.

Hamaker a constaté également des phénomènes d'intoxication alarmants avec des doses de 6 dixièmes de milligramme.

D'après ces observations, on voit que l'hyoscine doit être maniée avec prudence et qu'il faut tâter dans tous les cas la tolérance individuelle.

L. D.

—

ANTIPYRINE DANS LES MALADIES NERVEUSES.

En regard de l'opinion du prof. Germain Sée sur les propriétés sédatives de l'antipyrine, que les lecteurs de la *Revue* ont eue sous les yeux (nos de mai et juillet), il nous paraît utile de donner celle du prof. Mendel, de Berlin, qui a paru dans le *Thérap. Monatshefte* no 7, et que nous résumons ci-après.

Dans la plupart des cas, l'auteur a obtenu de l'antipyrine une influence favorable sur la *migraine*, en ce qui concerne la durée et la fréquence des accès.

Néanmoins, l'antipyrine ne s'est pas montrée supérieure sous ce rapport au salicylate de soude, qui a une action absolument analogue ; aussi le prof. Mendel est revenu le plus souvent à son traitement favori contre la migraine, qui est le suivant : salicylate de soude et bromure de potassium, de chaque 1 gramme à 1 gramme et demi ; le matin et le soir une demi poudre, pendant une semaine ; le même traitement est repris après une courte interruption. Cette médication est toujours bien supportée, tandis que l'antipyrine longtemps continuée produit dans certains cas des troubles digestifs.

L'auteur émet la même appréciation que ci-dessus à propos des *douleurs de tête persistantes* qu'on observe souvent chez les personnes qui ont autrefois souffert d'accès de migraine.

Dans le traitement des *névralgies du trijumeau*, *des nerfs occipitaux et du nerf sciatique*, il a eu de très bons effets de l'antipyrine : ainsi, dans certains cas de névralgies du trijumeau où tous les autres remèdes avaient échoué, l'antipyrine a fait cesser les accès : malheureusement, l'effet ne s'est pas soutenu et il n'y a pas eu de guérisons véritables de l'affection. Quelques cas de névralgies sus-orbitaires légères, se rattachant vraisemblablement à l'intoxication paludéenne ont cependant été guéris rapidement par l'antipyrine, alors que la quinine et l'arsenic étaient restés sans effet.

Dans la sciatique, l'antipyrine, combinée avec l'électricité et le massage, se montra également utile.

Dans les *maladies organiques du système nerveux*, l'auteur confirme l'influence sédative de l'antipyrine ; par exemple, en ce qui concerne les *douleurs lancinantes des ataxiques et les céphalées violentes qui accompagnent les maladies organiques graves du cerveau* (tumeurs, etc.).

Dans un cas de carie du rocher, entre autres, accompagnée de douleurs violentes, où tous les remèdes avaient échoué, l'antipyrine procura un soulagement remarquable.

Gomperz a employé l'antipyrine dans les *otalgies d'origine nerveuse :* dans un cas d'otalgie bilatérale durant depuis un mois, l'antipyrine à la dose d'un gramme procura une guérison définitive; dans un autre cas, il fallut doubler la dose; dans deux autres cas, l'amélioration obtenue ne fut que passagère.

Par contre, le prof. Mendel s'est convaincu, après de nombreux essais, de *l'inefficacité du remède contre l'épilepsie*; *il ne le recommande pas non plus contre les manifestations douloureuses de l'hystérie :* sans doute, il a parfois dans ces cas un effet immédiat très remarquable, mais presque toujours passager. En outre, les hystériques ne supportent pas toujours bien le médicament.

Parmi les symptômes fâcheux occasionnés parfois par l'antipyrine, l'auteur signale : 1° Certains troubles digestifs après un usage prolongé, à doses fortes (douleurs, régurgitations, nausées). Il n'a jamais observé de vomissement.

2° Une sensation de froid, un sentiment de faiblesse générale accompagnée de lassitude, de tendance au sommeil, de baillements fréquents, mais toujours, à la suite de fortes doses longtemps continuées.

3° Deux fois seulement, un peu de collapsus précédé de frisson et, dans l'un des cas, avec abaissement de la température; ces symptômes furent d'ailleurs toujours passagers.

4° Un exanthème, occupant le côté de l'extension des membres,

parfois répandu sur toute la surface du corps, mais rarement sur la face, fut un symptôme assez fréquent.

5° Enfin, quelques palpitations chez les individus prédisposés.

La dose employée habituellement fut de *un gramme* donné en poudre et *répété trois fois dans la journée*; dans quelques cas, 1 gramme et demi à deux grammes; une fois même, l'auteur recourut à la dose de 8 grammes par jour en quatre fois sans inconvénient notable.

L'emploi de l'antipyrine par la méthode sous-cutanée ne lui paraît pas recommandable, à cause de la douleur provoquée : par le rectun, l'effet est incertain.

D'après Vigier *(Gaz. hebdomad.*, n° 39) le sirop qui masque le mieux le goût peu agréable de l'antipyrine, c'est le sirop d'écorces d'orange amère.

On formulerait ainsi pour le volume d'une cuillerée à soupe :

Antipyrine . . . . . 1 gr.
Sirop d'écorces d'orange amère 20 gr.
Faites dissoudre.

En résumé, sans partager l'enthousiasme du prof. Sée pour l'antipyrine, le prof. Mendel la recommande volontiers dans les affections nerveuses signalées; les effets désagréables du remède ne se produisent d'ailleurs que dans le petit nombre des cas.

L. D.

—

TRAITEMENT DE L'ASTHME.

Le Dr Schnitzler a passé en revue le traitement de l'asthme à la séance du 18 avril 1887 des médecins de Vienne.

A propos de l'influence des affections nasales sur la pathogénie de l'asthme, il a signalé les exagérations dans lesquelles on est tombé; beaucoup de médecins déçus ont même fini par ne plus admettre la relation en question : elle existe néanmoins indubitablement, mais, pour l'auteur, une maladie du nez ne devra être considérée comme la cause directe de l'asthme que dans le cas où on n'en découvre pas d'autre et où on voit les accès disparaître par le traitement de l'affection du nez : il a observé entre autres deux cas très intéressants de cette espèce.

En ce qui concerne le *traitement des accès d'asthme*, les divers modes d'excitation ou de révulsion cutanée, l'électrisation comprise, sont sans effet. Les narcotiques au contraire (chloral, morphine, cocaïne) ont une grande valeur. Dans le cas d'asthme d'origine nasale le badigeonnage de la muqueuse avec une solution de cocaïne peut prévenir un accès, mais il est incapable de le couper, s'il a éclaté.

Le bromure de sodium, la belladone, la lobélie, le quebracho, les cigarettes de papier nitré ou de stramoine n'ont pas une utilité bien grande, non plus que les inhalations de pyridine et de nitrite d'amyle; quant à la nitroglycérine et au nitrite de sodium, ils sont absolument inactifs.

L'iodure de potassium ne rend des services qu'en facilitant l'expectoration : associé au chloral, il est cependant recommandable.

Dans *les intervalles des accès*, il faut combattre les causes ou les conséquences de l'asthme : par exemple, contre l'emphysème et la bronchite, les balsamiques, la créosote, la térébenthine, la terpine et l'arsenic. En fait de traitement climatérique, il est difficile de fixer des règles, vu les différences individuelles si marquées sous ce rapport. L'aérothérapie est souvent suivie de succès; l'expiration dans un air raréfié et l'inspiration dans un air condensé est ce qu'il y a de plus recommandable sous ce rapport.

Contre l'asthme d'origine cardiaque, le Dr Pins a obtenu de bons résultats de la teinture de strophanthus (5 à 10 gouttes 3 fois par jour).

L. D.

—

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE PAR L'ACIDE OSMIQUE.

Le Dr Stekoulis a publié (*Revue génér. de Cliniq. et de Thérap.*, 1887, n° 10) dix observations de sciatique traitée par les injections d'acide osmique avec les résultats suivants : guérison complète dans huit cas, amélioration notable dans un cas. un seul insuccès. Il s'agissait dans tous les cas de névralgies ayant résisté aux médicaments usuels, les unes récentes, les autres anciennes, remontant même à plusieurs années.

Le traitement n'a occasionné d'autre inconvénient qu'une sensibilité exagérée pendant un ou deux jours à la place des piqûres; au moment de l'injection, la douleur est assez vive, mais ne dure qu'une à deux minutes.

Au début du traitement, l'auteur a injecté une seringue entière de Pravaz de la solution suivante :

Acide osmique	10 centigr.
Eau distillée	10 gr.

La solution n'est pas préparée à l'avance, car elle s'altère rapidement à la lumière, et elle est conservée dans un vase obscur. L'aiguille de la seringue doit être fine, longue et solide : on l'enfonce profondément et d'un trait, afin que le liquide puisse atteindre le nerf.

L'injection est d'abord pratiquée sous la fesse entre le grand trochanter et la tubérosité ischiatique : on descend ensuite graduellement vers l'extrémité du membre en suivant le trajet du nerf.

Le nombre des injections n'a jamais dû dépasser treize : quelquefois, quatre injections seulement ont suffi.

Dans le principe, l'injection est répétée tous les jours ; plus tard, tous les trois ou quatre jours, suivant le résultat obtenu. Il ne faut jamais répéter l'injection au même endroit, avant que tous les signes d'irritation résultant de la première piqûre aient cessé.

L. D.

—

DE L'EMPLOI DU RHUS AROMATICUS DANS L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE.

Le docteur Max, médecin de l'Hospice des Enfants assistés à Bruxelles, recommande ce remède dans la *Clinique*, n° 34. Il a été amené à y recourir, en lisant, dans un manuel des maladies de l'enfance de l'auteur anglais Ellis, la relation de deux observations d'incontinence d'urine, traitée avec succès par le Rhus Aromaticus.

« Les Rhus, de la famille des Térébenthacées, sont des astringents plus ou moins puissants, renfermant souvent des principes caustiques. Le Rhus Aromaticus, cultivé jusqu'à présent seulement pour l'ornementation, a été récemment introduit dans la thérapeutique par les Américains; son écorce est astringente, résineuse, et renferme un principe âcre. »

Le Dr Max a fait revenir l'écorce du Rhus Aromaticus de New-York — le paquet portait l'estampille : Botanic Garden, New-York — il s'est servi de la teinture, préparée en faisant macérer 200 grammes d'écorces dans 1000 grammes d'alcool à 80°.

Il publie onze observations où le remède a été administré; sur ces onze cas, la guérison a été obtenue huit fois. c'est à dire, que l'incontinence ne s'est plus reproduite jusqu'au moment de la sortie de l'hôpital, soit pendant un laps de temps variable de dix jours à un mois; mais, les enfants n'ayant pas été suivis après leur sortie de l'hôpital, il est difficile de dire si la guérison a été définitive : la cessation de l'incontinence a été obtenue assez rapidement, après quatre jours ,dix jours, ou un mois, quelquefois plus, suivant la gravité des cas; l'âge des enfants était compris entre quatre ans et treize ans; dans trois cas, l'effet du remède fut peu appréciable ou seulement passager.

En résumé, conclut l'auteur, faut-il considérer le Rhus Aromaticus comme le spécifique de l'incontinence nocturne d'urine essentielle ? Evidemment non, puisque nous le voyons échouer dans certaines des observations relatées, mais, en présence des résultats obtenus, nous pensons qu'il y a lieu de poursuivre l'enquête sur sa valeur thérapeutique dans la désagréable infirmité dont nous nous occupons.

D'après l'âge du malade, il a prescrit des doses quotidiennes de la teinture citée allant de 20 à 50 gouttes — 10 à 15 gouttes à la fois — le médicament a toujours été bien supporté. L. D.

—

LAVEMENT CONTRE LES CONVULSIONS DES ENFANTS.

D'après le *Progrès médical*, 1887, n° 24, le dr Simon prescrit le lavement suivant :

R.	Moschi	20 centigr.
	Camphorae	1 gr.
	Chlorali hydr.	50 centigr.
	Vitelli ovi	n° 1.
	Aq. destillat.	150 gr.

Le rectum sera d'abord vidé par un lavement simple.

—

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS LIQUIDES DÉSAGRÉABLES AU GOUT.

Freudenberg (*Centralb. f. klin. méd.*, 1887, n° 17) laisse tomber goutte à goutte l'essence de térébenthine. le baume de Copahu, l'essence de Santal et autres médicaments désagréables, sur une poudre inerte quelconque (sucre, café, cubèbe, racine de rhubarbe) et fait prendre la poudre, qui a ainsi absorbé le médicament liquide, dans du pain d'hostie. De cette façon, le goût du remède est masqué, et ce procédé permet de remplacer d'une manière économique les capsules médicamenteuses. L. D.

—

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE.

Le *Journal des Sciences médicales de Lille* (nos 35 et 36, 1887) publie une étude sur l'efficacité du *lavage de l'estomac* dans l'obstruction intestinale, ainsi que la relation de trois cas soumis à ce traitement

L'auteur, M. le Dr Lancial, rappelle que Küssmaul fit connaître en 1884 les bons effets du lavage de l'estomac dans le traitement de l'étranglement interne, que Sénator et Hasenclever s'empressèrent de faire l'essai de la nouvelle méthode et en constatèrent l'efficacité, mais que les grandes espérances qu'on avait fondées sur elle ne tardèrent pas à être déçues.

Certains auteurs se sont même montrés les adversaires de ce mode de traitement, prétendant qu'il ne donne dans aucun cas d'amélioration durable et qu'il peut amener le chirurgien, grâce à une rémission temporaire, à laisser passer le moment favorable pour l'intervention chirurgicale.

D'autres auteurs, cependant, admettent qu'on peut toujours avoir recours au lavage de l'estomac, en présence d'étranglement de nature inconnue. à la condition de ne pas insister en cas d'insuccès.

En tout cas, dit l'auteur, le lavage aura toujours pour avantage, en évacuant le contenu stomacal, d'empêcher l'absorption des produits toxiques et de s'opposer à cette source d'auto-infection. De plus, il facilitera, s'il ne lève pas l'obstacle, l'intervention chirurgicale, en prévenant les vomissements chloroformiques et en évitant l'introduction dans les voies aériennes de produits septiques.

Les indications du lavage de l'estomac lui paraissent rationnelles dans certaines formes d'occlusion intestinale, soit la pseudo-occlusion par paralysie musculaire de l'intestin, soit le pseudo-étranglement par péritonite primitive, mais, comme le diagnostic des causes de l'occlusion intestinale n'est pas toujours facile, on pourra utiliser ce moyen, lorsqu'on a lieu de supposer qu'il n'existe pas de cause mécanique à l'arrêt des gaz et des matières fécales.

Dans les constipations opiniâtres qui simulent quelquefois un véritable étranglement interne, le lavage de l'estomac ferait souvent merveille.

Le *mode d'action* du lavage stomacal dans l'occlusion intestinale est assez obscur.

D'après Küssmaul, il agirait surtout en faisant cesser l'excès de pression au dessus du siège de l'obstacle, au même titre que l'entérotomie et la ponction capillaire.

Le lavage ne serait qu'un moyen d'évacuation ; en débarrassant l'estomac de son contenu, il crée de la place dans la cavité abdominale et facilite le dégagement des anses intestinales fléchies ou tordues.

D'après Nicaise et Ewald, le lavage exciterait la surface de l'estomac et provoquerait du côté de l'intestin des contractions capables d'entraîner la guérison.

Dans la première observation rapportée par l'auteur, les symptômes de l'étranglement se produisirent à la suite d'un accouchement : face grippée, yeux enfoncés dans l'orbite, extrémités froides, pouls petit à 80, hoquet, pas de selle, ni de gaz rendus par l'anus depuis cinq jours : vomissements fécaloïdes depuis le même temps.

Le prof. Duret conclut à l'occlusion intestinale consécutive à la pelvi-péritonite et prescrit le lavage de l'estomac renouvelé deux fois dans la journée ; après deux lavages avec 4 à 5 litres d'eau tiède mélangée à de l'eau de Vichy, grand soulagement ; le troisième jour, après un troisième lavage et un lavement purgatif, selles très abondantes, et guérison.

Dans la seconde observation, les accidents d'occlusion étaient aussi

très marqués, et tous les moyens thérapeutiques usuels (anti-spasmodiques, purgatifs variés, injections rectales liquides ou gazeuses) avaient été essayés en vain.

Après le premier lavage, il y eut immédiatement une amélioration sensible; le second lavage, pratiqué le lendemain, amena l'arrêt des vomissements et le rétablissement rapide du cours des matières.

L'auteur croit qu'il s'agissait d'une paralysie intestinale, d'ordre purement réflexe, sans lésion d'organe.

La troisième observation se rapporte à des accidents d'obstruction avec symptômes de péritonite ou plutôt de péritonisme, survenus chez une personne opérée d'ovariotomie.

Un seul lavage de l'estomac à l'eau de Vichy additionnée d'eau tiède suffit pour amener la guérison, alors que la thérapeutique jusqu'alors employée s'était montrée inefficace.

L'auteur admet dans ce cas, comme dans le premier, une obstruction ou une paralysie intestinale par péritonite circonscrite.

Il termine par ces conclusions.

1° Le lavage de l'estomac peut être employé avec succès comme moyen thérapeutique dans certaines formes d'occlusion intestinale d'ordre réflexe et sans obstacle mécanique.

2° Les occlusions survenant chez de jeunes femmes, atteintes de nervosisme ou de péritonite circonscrite, sont surtout justiciables de ce mode de traitement.

Le dr Curschmann (*Deut. med. Woch*, 1887, n° 21) est d'avis qu'avant d'en venir à la laparotomie dans l'ileus, il convient d'essayer des moyens plus anodins.

Parmi ceux-ci, il y a d'abord la *ponction des anses intestinales météorisées*, qui a non-seulement l'avantage d'abaisser la pression abdominale, mais qui peut rétablir le cours des matières, en permettant le dégagement d'une anse intestinale coudée sous la pression des anses distendues en amont : on se servira pour la ponction d'aiguilles dont le calibre ne dépasse pas celui de la seringue de Pravaz.

Lorsqu'il s'agit d'un obstacle situé très bas, par exemple au colon, les *insufflations gazeuses par le rectum* sont à conseiller : l'auteur les préfère aux *irrigations abondantes* préconisées dans le même but par Hégar.

Pour pratiquer les insufflations, le patient étant couché sur le dos, on introduit une sonde molle de Nélaton dans le rectum aussi haut que possible, et on la met en communication avec un appareil ordinaire de soufflerie, comme celui des pulvérisateurs et du thermocautère.

Quant à l'*intervention chirurgicale*, nous nous en sommes occupé

déjà dans le n° de juin 1887 de la *Revue*. En exposant la méthode d'intervention du Dr Madelung, nous avons dit que les préférences des chirurgiens dans les cas d'étranglement étaient partagées entre la formation d'un anus anormal ou entérotomie simple, et l'ouverture large du ventre à la recherche de l'obstacle ou laparotomie.

A la société de chirurgie de Paris, Verneuil a présenté plusieurs observations d'entérotomie simple pratiquées avec succès dans l'étranglement interne : selon lui, comme il s'agit d'un accident grave qui compromet la vie à bref délai, et dont la cause est souvent ignorée et le diagnostic incertain, il faut s'occuper avant tout de l'obstruction intestinale, c'est à dire préférer l'anus artificiel à la laparotomie; on donne ainsi issue aux gaz et aux liquides contenus dans l'intestin et les accidents peuvent cesser : plus tard, on n'aura qu'une petite fistule stercorale à oblitérer.

De cette façon, on n'aura pas fait courir au patient de grands dangers du fait de la laparotomie.

En somme, telle était la conclusion du prof. Verneuil : « Si, en présence d'un obstacle intestinal, vous avez un diagnostic certain. faites la laparotomie pour lever l'étranglement, si au contraire, la cause des accidents vous échappe, contentez-vous de l'anus artificiel. »

Le prof. Richelot a retourné cette proposition. Si le diagnostic est bien établi, a-t-il dit, c'est alors que l'anus artificiel peut être choisi, comme opération suffisante. Pour une simple obstruction par les matières, par exemple, il suffit d'évacuer le bout supérieur de l'intestin en attendant la débâcle ; pour une tumeur inopérable, un cancer par exemple, c'est assez de mettre fin à la rétention des matières en attendant la mort.

Mais, pour lui, si la cause des accidents reste inconnue, c'est alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle, en triompher, si on peut, ou se déclarer impuissant. En pareil cas, l'anus artificiel est une opération de renoncement, car il faut compter sur une chance heureuse pour que le malade guérisse.

Pour lui, *dans les cas douteux*, *la laparotomie serait le mode d'intervention le plus rationnel*, celui qui donne le plus de chances de succès.

On voit que la question est loin d'être résolue.

On peut dire qu'il existe des cas où la laparotomie est indiquée, d'autres où l'anus contre nature s'impose, d'autres enfin où le chirurgien est très embarrassé pour savoir quelle ligne de conduite il doit suivre.

Ainsi, s'il s'agit d'un adulte bien portant, (*Bulletin général de Thérap.* Juin 1887) pris subitement des symptômes d'occlusion intes-

tinale avec de vives douleurs, on doit songer à un volvulus, à un étranglement interne et la laparotomie est indiquée ; s'agit-il au contraire, d'un individu atteint d'un cancer inopérable du rectum ou de l'S iliaque, l'hésitation n'est pas permise, c'est à l'anus artificiel qu'il faut avoir recours.

Enfin, il est des cas où le diagnostic est impossible ou douteux, et cependant il faut prendre une décision.

Dans ces cas, il est sage d'adopter la méthode préconisée par Madelung, c'est à dire, la laparotomie combinée à l'anus artificiel ; l'anus artificiel ayant pour but de vider l'intestin et de faciliter ainsi l'opération. Si on tombe sur une bride fibreuse, sur un volvulus, c'est idéal; si on tombe sur un cancer, on finit par un anus contre nature, en rouvrant la plaie intestinale.

Quoi qu'il en soit, la laparotomie est le seul moyen d'obtenir une cure radicale, quand on connaît la cause de l'obstruction et qu'on peut la supprimer.

Pour se mettre à couvert du météorisme considérable de l'intestin qui, dans ce cas, gêne beaucoup l'opérateur et rend la recherche de l'obstacle impossible ou dangereuse, on pourra, au lieu d'ouvrir d'abord l'intestin pour le vider suivant le procédé de Madelung, recourir, une fois le ventre ouvert, à la pompe stomacale.

S'il faut en croire, en effet, le Dr Rehm (*Centralblatt für Chir.* 1887, nº 30) le lavage de l'estomac aurait une action bien plus puissante sur l'intestin après une large incision abdominale; ce qui tiendrait, d'après lui, à l'action de la pression atmosphérique. Dans deux cas où l'auteur s'était décidé à recourir à la laparotomie pour remédier à des accidents d'obstruction, les intestins météorisés firent hernie après l'ouverture abdominale et rendirent les manœuvres opératoires impossibles. Or, en faisant usage de la pompe stomacale, il vit s'affaisser presque complètement les anses intestinales distendues et il put ainsi terminer l'opération sans encombre.

Se basant sur ces deux faits, le Dr Rehm recommande *le lavage de l'estomac pratiqué dans le cours de la laparotomie, pour évacuer l'intestin distendu et faciliter l'opération.*

En ce qui concerne la *perforation intestinale*, d'après l'avis exprimé par M. Trendelenbourg au Congrès de chirurgie, on peut sauver la vie des malades dans certains cas, en intervenant à temps par l'incision abdominale pour fermer la perforation, et éviter le développement de la péritonique septique.

Contre la *péritonite*, particulièrement contre *la péritonite septique*, y-a-t-il lieu d'intervenir et comment ?

Mikulicz a fait à ce sujet des expériences sur les chiens. En produi-

sant chez eux une péritonite septique, il les a vus succomber tous au bout de seixe à trente-six heures, en l'absence d'intervention ; mais, en ouvrant la cavité abdominale chez quelques-uns de ces animaux, avant que le collapsus fût très marqué, il put en sauver un certain nombre.

Chez quelques-uns de ces animaux, il fit simplement la toilette de la cavité abdominale, aucun ne fut sauvé. Chez d'autres, il lava la cavité abdominale avec des liquides indifférents, ils succombèrent également tous, mais seulement au bout de quelques jours.

Enfin, chez une troisième série d'animaux atteints de péritonite septique, la cavité abdominale fut largement ouverte, l'épanchement enlevé, la cavité péritonéale lavée d'abord avec une solution de sel de cuisine, puis avec des liquides antiseptiques (solution d'acide borique ou salicylique à 1/2 ou 1 pour 100). Sur dix huit animaux traités de cette manière, sept furent guéris. C'est donc le dernier procédé, c'est à-dire *l'ouverture de la cavité abdominale et le lavage antiseptique* qui donne les meilleurs résultats *dans les cas graves de péritonite septique*, en y ajoutant encore pour l'homme *le drainage de la cavité abdominale.*

L. D.

—

INJECTION DE PHOSPHATE DE CHAUX DANS LES FONGOSITÉS TUBERCULEUSES.

Dans le n° de juillet de la *Revue*, nous avons rapporté la communication du Dr Kolischer, à la Société des médecins de Vienne, sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections parenchymateuses de phosphate de chaux.

Le *Wiener medic. Presse* (nos 22, 24 et 29, 1887) a donné sur la méthode nouvelle des renseignements plus complets dont nous extrayons ce qui suit :

L'auteur a été guidé dans sa découverte par les vues théoriques suivantes : d'abord, chercher à obtenir artificiellement la dégénérescence crétacée des foyers tuberculeux qu'on voit se produire dans certains cas de guérison spontanée ; en second lieu, provoquer au sein des tissus infectés une violente réaction capable d'entraîner la résorption de l'infiltration tuberculeuse : on a remarqué, en effet, plus d'une fois que, si une articulation infectée de tuberculose devient le siège d'une fracture ou d'une inflammation septique, l'arthrite nouvelle peut entraîner la régression de l'arthrite tuberculeuse et faire disparaître les fongosités par rétraction cicatricielle.

D'après les recherches entreprises par l'auteur en commun avec le docteur Freund, la solution de phosphate acide de chaux, particulièrement la solution renfermant un excès d'acide phosphorique

mérite la préférence pour le traitement des fongosités tuberculeuses ; celles-ci se comportent, sous l'influence de l'injection, de deux manières différentes.

Les unes présentent une série de phénomènes qu'on peut classer dans les trois périodes suivantes : la première est celle de la *réaction inflammatoire* : elle dure quatre à sept jours et s'accompagne de douleurs et d'un mouvement fébrile : la seconde est celle de l'induration ou de la *crétification du foyer :* elle dure trois à quatre semaines et est exempte de douleurs; la troisième est celle de la *résorption :* elle se caractérise par la disparition progressive de la masse indurée.

Les autres n'évoluent pas de la même manière; mais, une semaine environ après l'injection, la masse tuberculeuse s'ouvre au dehors, puis, sous l'influence d'un traitement calcaire approprié, elle ne tarde pas à s'éliminer par une ligne de démarcation nette, et un bourgeonnement de bonne nature comble rapidement les cavités, même étendues, laissées par la chute des parties mortifiées.

Voici la manière dont les auteurs ont procédé :

Nous supposons qu'il s'agisse d'un foyer tuberculeux non ouvert à l'extérieur. Des compresses imprégnées de solution au sublimé sont appliquées sur la région pendant 24 heures, puis la désinfection est assurée, immédiatement avant l'injection calcaire, par un lavage au savon et une irrigation au sublimé (1 p. 1000). L'injection est pratiquée au moyen d'une seringue de Pravaz en caoutchouc durci armée d'une aiguille en platine et conservée à demeure dans une solution phéniquée à 5 %; une seule seringue est injectée à la fois, mais un nombre variable de piqûres sont pratiquées dans les différents points du foyer tuberculeux, de manière à le pénétrer complètement de la solution ; le piston n'est poussé que de quelques degrés dans chaque point. L'aiguille est enfoncée aussi profondément qu'elle peut pénétrer; au besoin, dans l'épaisseur des os ramollis.

Pour prévenir la douleur de l'injection, on aura recours à la cocaïne dans la pratique privée, à la morphine dans la pratique hospitalière, l'une et l'autre en injection sous cutanée.

L'injection calcaire terminée, on applique un pansement antiseptique qui reste à demeure pendant tout le temps de la réaction, c'est à dire, pendant 5 à 6 jours; on applique ensuite un bandage amidonné qui immobilise le membre pendant 5 à 6 semaines et qui est renouvelé dès qu'il se relâche; au bout de ce temps, on peut habituellement recourir au massage et aux mouvements passifs, dans le but de rétablir les fonctions de l'articulation.

Lorsque, après l'injection calcaire, le foyer s'ouvre au dehors, on élargit les ouvertures avec l'instrument tranchant et on tamponne soigneusement toutes les anfractuosités de la perte de substance avec

de la gaze imprégnée d'une solution calcaire ; un pansement absorbant est appliqué par dessus et on renouvelle le tamponnement dans le principe au moins tous les deux jours; plus tard, lorsque le foyer s'est comblé en partie, on recourt au traitement ordinaire par l'iodoforme et le crayon de nitrate d'argent.

Quand aux *abcès froids* ils sont largement ouverts et tamponnés à la gaze calcaire sans avoir subi la décortication ; de même, les *fistules tuberculeuses* sont bourrées de gaze calcaire, après avoir été incisés au besoin et les fongosités des bords des parties ulcérées soumises aux injections de la solution calcaire.

Voici la composition et le mode de préparation des solutions employées :

I. Solution *pour les injections* (phosphate acide de chaux avec excès d'acide phosphorique libre).

R. Calc. phosphor. neutr. 5 gr.
Aq. destil. 50 gr.

Dein sensim adde :

Acid. phosph. q. s. ad solut. perfect.

Filtra ; adde :

Acid. phosph. dil. 0,6
Aq. destil. q. s. ad 100 gr.

II. Solution, contenant une plus forte proportion d'acide phosphorique libre, *et servant à imprégner la gaze* :

R. Calc. phosph. neut. 50 gr.
Aq. destil. 500 gr.

Dein sensim adde :

Acid. phosph. q. s. ad. solut. perfect.

Filtra ; adde :

Acid. phosph. dil. 60 gr. à 120 gr.
Aq. dest. q. s. ad 1000 gr.

Ces solutions seront toujours soigneusement stérilisées par l'ébullition : on doit savoir que la première solution laisse déposer abondamment par l'ébullition du biphosphate de chaux, à la suite du dédoublement du phosphate acide en acide phosphorique et en biphosphate, mais le dépôt se redissout ensuite au bout de quelques heures par le refroidissement. Le dépôt ne se produit pas par l'ébullition de la seconde solution qui renferme une proportion plus forte d'acide phosphorique libre.

D'après une expérimentation ayant porté sur près de 500 cas, Kolischer est arrivé aux conclusions suivantes :

Le traitement calcaire des tuberculoses locales a une valeur thérapeutique précieuse, particulièrement chez les enfants; il procure des guérisons remarquables, tant au point de vue de la rapidité du traitement que de la conservation des fonctions des parties malades; il améliore notablement des processus étendus, des altérations osseuses profondes, mais parfois seulement, après un traitement prolongé; les cas absolument rebelles sont rares.

La méthode laisse toutefois à désirer sur plusieurs points ; elle ne peut guère modifier les foyers tuberculeux complètement enfermés dans les os, ni les nécroses étendues, et elle ne donne que des résultats incomplets dans des tuberculoses externes des phtisiques et dans les tuberculoses ganglionnaires.

Le pronostic est favorable dans le jeune âge et l'adolescence. C'est alors qu'on voit survenir des guérisons réellement étonnantes ; des foyers tuberculeux se guérir en quelques semaines avec un résultat fonctionnel excellent et des altérations osseuses étendues avec destruction des ligaments se réparer en 3 ou 4 mois.

Chez les sujets plus âgés, dont l'état général est précaire, on peut compter deux tiers de succès pour un tiers d'échecs; dans tous les cas, le traitement est plus long, les injections doivent être répétées, et des fistules persistantes exigent souvent un tamponnement prolongé à la gaze calcaire.

Les insuccès sont à attribuer à l'âge avancé des patients ou à la malignité de certains processus tuberculeux.

Ajoutons encore que l'auteur a soumis avec succès au tamponnement à la gaze calcaire les fistules tuberculeuses de l'anus.

L. D.

—

LA LANOLINE.

Nous avons signalé dans la *Revue* (avril 1886) un nouvel excipient pour les pommades, récemment introduit, ou plutôt réintroduit, dans la thérapeutique par le Prof. Liebreich de Berlin.

En effet, on connaissait depuis l'antiquité une substance oléo-graisseuse, obtenue par l'ébullition de la laine de mouton, et communément désignée sous le nom d'*œsypus*, qui n'était autre que la lanoline.

Le Dr Wulfsberg (*Thérap. Monats*, n° 3) a montré par une citation des écrits de Dioscoride que cet auteur connaissait parfaitement cette substance et en avait fait usage.

Celse et Galien en ont fait mention, et Pline l'ancien en donne la préparation dans son *Histoire naturelle*.

Ovide en parle comme d'un article de commerce que l'on apportait d'Athènes en Italie. Hérodote célèbre la lanoline comme moyen pro-

tecteur — en friction sur le cuir chevelu — contre l'inflammation provoquée par la chaleur brûlante du soleil (Schweninger).

Fox écrit qu'à propos de cette substance, on peut répéter l'adage : *de novis nil nisi bonum.*

La lanoline resta en usage pendant tout le moyen âge, mais elle tomba ensuite dans l'oubli dans tous les pays, sauf en Espagne, où, d'après Wulfsberg, elle figurait encore dans la Pharmacopée officielle à la fin du siècle dernier.

Dans ces derniers temps, l'étude de la lanoline a été reprise et la chimie a montré qu'elle se composait principalement de cholestérine.

« Après une série de tâtonnements, Liebreich a réussi à fournir sous le nom de *lanoline anhydre rectifiée (lanolinum purissimum anhydricum)* un produit, qui non seulement est supérieur à l'ancien *œsypus* signalé par Dioscoride, autant que les bougies modernes de stéarine sont supérieures aux chandelles de suif dont se servaient nos aïeux pour l'éclairage, mais qui constitue en outre actuellement par ses propriétés physiques le meilleur excipient pour les pommades (Wulfsberg), *loc. citato.*

La lanoline possède une grande affinité pour l'épiderme qu'elle imbibe complètement : il en résulte qu'elle est rapidement absorbée par la peau ; le fait paraît accepté sans conteste.

Ainsi Fox (*Ann. de Dermatol.*, 1886, n° 12) a fait les expériences suivantes :

On choisit deux surfaces cutanées symétriques et d'une égale étendue : sur un côté, on fait des frictions pendant quinze minutes avec de l'axonge, sur l'autre côté, on les fait avec de la lanoline, en déployant autant que possible la même force dans les deux cas.

Après les quinze minutes, on recueille avec soin ce qui reste d'axonge et de lanoline sur les surfaces frictionnées et on les pèse.

Or, en procédant ainsi, Fox trouva que, sur 15 parties de lanoline qu'on avait employées, 10 avaient été absorbées, tandis que sur 15 parties d'axonge employées, 5 seulement avaient été absorbées.

Mais les médicaments incorporés à la lanoline s'absorbent-ils avec la même rapidité ?

On sait que Liebreich a prétendu que, lorsqu'on frictionne les téguments avec une solution à 1 p. 1000 de bichlorure de mercure dans la lanoline, on perçoit un goût métallique dans la bouche — ce qui prouverait la rapidité d'absorption des médicaments incorporés à la lanoline.

Mais Fox, en répétant cette expérience sur lui-même, n'a jamais perçu le goût métallique et quelques-uns seulement des sujets, sur lesquels il a fait l'expérience, l'ont perçu.

D'autre part, le Dr Aubert a fait, au Congrès de Chirurgie, une communication sur la lanoline, dont voici le résumé d'après les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

Il a mis en contact avec la peau saine des pommades faites avec 20 grammes de lanoline et 5 centigrammes de sulfate d'atropine, pensant qu'un arrêt local de la sueur se produirait après un temps court; mais il a au contraire constaté successivement que, après un quart d'heure, une demi heure, une heure et même deux heures, il ne survenait aucun arrêt sudoral. Il a alors étudié comparativement la rapidité d'absorption de pommades à l'axonge, à la vaseline, au suif, renfermant également 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 20 grammes de véhicule, et, dans toutes ses expériences, il a constaté que la lanoline retardait la pénétration du sulfate d'atropine, par rapport aux autres corps gras indiqués ci-dessus.

D'après ces expériences, la lanoline retarderait l'absorption cutanée, au lieu de l'accélérer.

Dans l'espoir d'obtenir une anesthésie cutanée suffisante, nous avons nous-même entrepris l'année dernière quelques essais au moyen de frictions sur la peau intacte avec une pommade à la lanoline fortement chargée de cocaïne ; les frictions étaient pratiquées pendant quinze à vingt minutes avant certaines opérations chirurgicales légères (incision de la peau, enlèvement de petites tumeurs). Mais nous n'avons obtenu aucun effet appréciable et nous avons bientôt abandonné ce procédé, pour recourir simplement aux injections sous-cutanées de solutions à la cocaïne.

En somme, *s'il est acquis que la lanoline favorise la pénétration dans la peau des substances médicamenteuses, il n'est pas encore démontré jusqu'à présent qu'elle favorise leur absorption.*

D'ailleurs, en fait d'applications thérapeutiques, c'est dans les maladies cutanées seulement qu'on a recours à la lanoline : la plupart des auteurs sont d'accord pour lui reconnaître une supériorité marquée sur les autres corps gras.

D'après Schweninger *(Annales de Dermat. loc. cit.) la lanoline se distingue des autres graisses, huiles, glycérine, etc., par sa malléabilité, sa souplesse ; de plus, elle n'est nullement irritante*; elle peut s'étendre assez facilement, surtout si elle est additionnée d'une petite quantité de graisse, de glycérine ou de vaseline : elle est bien préférable à cette dernière graisse minérale qui, à la vérité, ne se décompose pas aussi facilement que les graisses organiques, mais qui pénètre moins facilement, moins rapidement et moins profondément dans la peau que la lanoline.

La lanoline a l'avantage au contraire de traverser très facilement

les cellules cornées de l'épiderme : elle les rend souples ; on peut constater, dit-il, sa présence dans les canaux des glandes, les voies lymphatiques et les fentes du tissu conjonctif.

Des expériences comparatives entreprises par l'auteur dans son service (une moitié du corps était frictionnée avec de la lanoline médicamenteuse, l'autre avec de la graisse, de la glycérine, de la vaseline contenant le même médicament), il résulte que, dans tous les eczémas, les psoriasis, etc., le côté traité avec la lanoline guérissait plus rapidement, mieux et plus complètement. La peau devenait plus normale et plus douce.

Aussi, l'auteur n'hésite-t-il pas à recommander la lanoline, soit seule, soit additionnée de médicaments, *dans la plupart des maladies de la peau, où il s'agit de faire disparaître un épaisissement squameux, un état rugueux de l'épiderme* ; état que l'on rencontre dans un grand nombre de cas d'exanthème, d'eczéma, de psoriasis, de pityriasis, de prurigo, d'ichthyose, etc.

On aura encore recours à la lanoline dans les cas où on veut obtenir une action plus profonde, comme dans la syphilis, ou lorsqu'on est en présence de couches épidermiques épaisses.

Le Dr Kinnier *(ibid)* se déclare également satisfait de l'emploi des pommades à la lanoline dans un grand nombre de maladies cutanées : il cite en outre un cas *d'adénite cervicale chronique* où une pommade à l'iodure de plomb et à la lanoline amena une amélioration rapide, alors que l'onguent ordinaire à l'iodure de plomb n'avait pas donné de résultat sensible.

D'après lui, la lanoline pure a une action vraiment merveilleuse dans les *crevasses et les gerçures des mains :* une seule application suffirait parfois pour amener la guérison.

Le Dr Smith *(ibid)* recommande aussi la lanoline pure pour les gerçures des mains.

Le Dr Wulfsberg *(loc. cit.)* assure avoir obtenu par la lanoline dans beaucoup de cas une guérison plus rapide et plus sûre que par les autres corps gras usités :

Dans le prurit des vieillards et le prurigo en général, son action fut vraiment remarquable, témoin les cas qu'il rapporte. Chez une femme de 70 ans, qu'il avait soumise sans le moindre succès, pour un prurit intense, à l'emploi de tous les modificateurs internes et externes, il survint une amélioration rapide, dès qu'il eut recours à la lanoline. Peu de temps déjà après la première friction, les démangeaisons cessèrent, et, la nuit suivante, la patiente put trouver un sommeil réparateur.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 88 ans ; toute la

peau était recouverte de papules ou de taches pigmentaires résultant du grattage, l'état général était devenu mauvais par suite de la perte du sommeil occasionnée par les démangeaisons : l'auteur eut recours à un mélange à parties égales de graisse de porc et de lanoline pure, employé en friction tous les soirs sur une partie de la surface du corps : l'amélioration se dessina promptement et le sommeil et l'appétit reparurent; au bout de quatre semaines, les frictions furent suspendues et la guérison obtenue; seulement, quand le prurit se manifestait de nouveau sur un point quelconque du corps, on revenait au médicament et toujours avec le même succès.

D'après le même auteur, en applications topiques sur *les blessures légères et les excoriations*, la lanoline calme la douleur et favorise la cicatrisation; il a traité avec succès deux cas d'*herpès circiné* au moyen d'une pommade à la lanoline renfermant 10 °/o d'acide borique, et, au moyen de la même pommade à 20 °/o, obtenu un résultat remarquable dans un cas d'*eczéma récidivant* très rebelle.

Le dr Güterbock *(Berlin. klin. Woch.* 1887, n° 17) a employé la lanoline combinée à l'oxyde de zinc ou à l'iodoforme, dans le traitement des brûlures du second et du troisième degré, des ulcères de la jambe et des exanthèmes cutanés divers résultant d'applications médicamenteuses : la pommade était appliquée sur les parties malades au moyen de bandelettes de gaze; par dessus un pansement absorbant.

La lanoline fut supportée dans des cas où la pommade à la vaseline ou à l'axonge ne le sont pas d'ordinaire : l'effet thérapeutique fut remarquable dans les brûlures et les exanthèmes médicamenteux, moins marqué dans les ulcères de la jambe; il s'agissait d'ailleurs d'ulcères anciens et rebelles à tout traitement.

L'auteur considère la lanoline comme préférable aux autres corps gras dans le traitement des *affections ulcéreuses ou gangréneuses* des parties molles en général : en outre, elle s'appliquerait plus uniformément sur les grandes surfaces traumatiques.

Il importe de s'assurer de la pureté de la lanoline . Le dr Meyer a rapporté (*Deuts. med. Woch*, 1887, n° 19) un cas de dermatite aiguë provoquée par l'usage d'une pommade à la lanoline et à l'iodure de potassium : la lanoline examinée était acide et rancie.

Aussi, l'auteur recommande de toujours prescrire la lanoline rectifiée du dr Liebreich, car d'autres lanolines impures renferment des acides gras susceptibles d'altération.

Par contre le Dr Fox *(loc. cit.)* déclare n'avoir pas retiré des résultats bien remarquables de l'emploi de la lanoline dans les cas de dermatoses aigues inflammatoires; elle n'aurait pas été aussi inoffensive

qu'on pouvait l'espérer et se serait montrée moins calmante que l'axonge fraîche ou la vaseline pure.

Le *mode d'emploi* de la lanoline varie selon les indications à remplir.

I. Tantôt on se sert de la *lanoline pure*, mêlée à un simple corps gras, comme lorsqu'il s'agit de mettre à profit la propriété remarquable qu'elle possède d'imbiber facilement et pour longtemps les couches épidermiques (prurit, séborrhée du cuir chevelu, psoriasis).

II. Tantôt on se sert de la lanoline *comme véhicule* de substances médicamenteuses diverses, dans le but de faciliter la pénétration de celles-ci dans la peau malade : il convient dans ce cas, afin de faciliter les frictions, d'ajouter à la lanoline un huitième ou un quart d'un autre corps gras, glycérine, axonge, vaseline.

Voici quelques formules :

1° Onguent diachylon préparé avec la lanoline contre l'eczéma (Behrend).

Emplâtre plombique simple	ââ.
Lanoline.	50 grammes.

Cette pommade a une bonne consistance et s'applique facilement sur la peau.

2° Pommade de Wilkinson préparée à la lanoline, contre la gale (Behrend).

Fleur de soufre .	ââ.
Poix liquide . .	8 grammes.
Lanoline . . .	ââ.
Savon vert. . .	16 grammes.
Poudre de pierre ponce	5 grammes.

3° Pommade de chrysarobine à la lanoline, contre le psoriasis (id.).

Chrysarobine	10 grammes.
Lanoline. .	40 grammes.
Axonge. . .	10 grammes.

Signalons encore les diverses préparations à l'oxyde de zinc ou à l'acide borique (10 à 20 p. 100), où la lanoline peut intervenir utilement en combinaison avec les autres corps gras, dans les eczémas et les autres maladies inflammatoires de la peau.

III. Enfin, la lanoline pourrait encore être utilisée dans le but *d'introduire un médicament dans l'organisme* (pommade mercurielle contre la syphilis, etc.), mais, comme nous l'avons dit, sa supériorité sur les autres corps gras n'est pas encore démontrée sous ce rapport.

L. D.

APPLICATIONS DIVERSES DE LA COCAÏNE.

Voici quelques applications de la cocaïne, résumées d'après le *Thérap. Monats.* n° 7.

Coqueluche. La cocaïne a été recommandée en badigeonnage sur la muqueuse nasale, pharyngienne ou même laryngienne. Le dr Weissemberg l'a employée à l'intérieur chez 12 enfants de 1 à 7 ans, de cette façon :

R. Cocaïni hydrochlor. 10 centigr.
Aq. Amygdal. amar. 10 gr.

D. S. 3 à 4 fois par jour, 10, 15 à 20 gouttes selon l'âge de l'enfant sur un morceau de sucre.

Après 2 à 3 jours, en moyenne, les accès diminuèrent de fréquence et d'intensité, les vomissements cessèrent et, au bout de 2 à 3 semaines, la maladie fut réduite à un simple catarrhe.

Gastralgie. L'auteur s'est également bien trouvé de la cocaïne dans 3 cas de gastralgie chez des jeunes filles ; il prescrivait :

Cocaïni hydrochlo. 10 centigr.
Extr. belladonnæ 50 centigr.
Pulv. Rad. Rhei
Extr. Rhei q. s.
U. f. pil. n° XX.

D. S. Une pilule trois fois par jour après les repas.

Asthme bronchique. La cocaïne en inhalation (20 grammes d'une solution au centième) réussit à couper un violent accès d'asthme chez une personne de 50 ans ; le même effet favorable fut obtenu dans la suite au bout de 10 ou 20 inspirations : seulement les lèvres, la langue et les amygdales devenaient pâles et insensibles sous l'action de la pulvérisation.

Opération de l'hydrocèle. Il arrive que la ponction de l'hydrocèle et l'injection iodée consécutive occasionnent d'assez vives douleurs : Thiéry a eu l'idée de les prévenir au moyen de la cocaïne ; d'après les résultats observés, la cocaïne mérite d'être employée pour obtenir l'anesthésie de la tunique vaginale, dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection de teinture d'iode ou d'une autre substance irritante.

Suivant le volume de la tumeur et la concentration de la solution irritante à injecter, on se sert d'une solution à 20 ou à 10 p. c. de cocaïne : on injecte dans la tumeur au moyen d'une seringue de Pravaz 10 à 30 centigrammes seulement de la solution, une demi heure au moins avant la ponction.

Injections caustiques dans les tissus. Il arrive qu'il y ait lieu d'injecter dans des néoplasmes des solutions irritantes, par exemple, de

chlorure de zinc, de nitrate d'argent, d'acide phénique ou d'acide lactique; ces injections sont très douloureuses; dans un cas où il faisait des injections d'acide lactique dans un sarcôme inopérable et où le malade se refusait à continuer le traitement à cause des douleurs provoquées, le dr Frey a réussi à supprimer complètement la douleur en procédant comme suit : il commençait par injecter une seringue d'une solution de cocaïne à 5 p. c., retirait la seringue, tout en laissant la canule en place, et injectait l'acide lactique par la même canule au bout de 3 minutes.

Le même auteur a pratiqué une herniotomie et une trachéotomie au moyen de la cocaïne avec un résultat très satisfaisant.

Amputation du pénis. Le Dr Christie dit avoir enlevé par l'amputation du membre, sans occasionner la moindre douleur un épithélioma du pénis, en injectant un gramme d'une solution de cocaïne à 5 p. c.; le liquide avait été réparti sur toute la ligne d'incision au moyen de cinq piqûres différentes.

Opérations sur la langue. Le dr Fux a obtenu l'anesthésie complète pour l'ablation d'un papillôme de la langue, en injectant 10 centigrammes d'une solution de cocaïne à 6 p. c. en deux piqûres, sur les confins du champ opératoire.

Toxicité de la cocaïne. Les drs Feinberg et Blumenthal ont expérimenté la cocaïne sur des chiens et étudié sur eux les phénomènes de l'intoxication et les moyens de les combattre.

Lorsqu'on administre de fortes doses à ces animaux, il survient, outre la perte de connaissance, des convulsions épileptiformes auxquelles il faut rapporter le plus souvent la cause de la mort. Ces convulsions, d'origine corticale, sont occasionnées par la contraction spasmodique des vaisseaux et l'anémie cérébrale qui en résulte.

Les moyens qui modèrent l'excitabilité de l'écorce cérébrale peuvent prévenir les accès convulsifs ou les suspendre. Parmi ces moyens, ni l'éther ni le chloroforme ne réussissent à empêcher la mort des animaux; le bromure de potassium et les applications froides sur le crâne ont une efficacité plus marquée.

Contre l'anémie du cerveau, l'application de la chaleur sur le crâne et les inhalations de nitrite d'amyle conviennent également; le nitrite d'amyle modère l'intensité des accès épileptiformes, mais ne les suspend pas complètement, sauf quand on l'emploie au début de l'accès.

Les auteurs recommandent, d'après ces expériences, contre les cas d'intoxication aiguë par la cocaïne, les applications chaudes ou froides sur le crâne et le bromure de potassium, et les inhalations de nitrite d'amyle dès les premiers signes d'anémie cérébrale, contre les symptômes légers d'empoisonnement qu'on observe plus fréquemment dans la pratique. L. D.

SIÈGE DE L'INFECTION GONORRHOÏQUE CHEZ LA FEMME.

A la clinique du prof. Neisser, à Breslau, une série de recherches ont été entreprises avec les précautions les plus minutieuses, à l'effet de déterminer quel est chez la femme le siège de prédilection des gonococcus.

Les diverses sécrétions de la muqueuse génito-urinaire furent soumises à l'examen chez des filles publiques vénériennes, au nombre de 57; dans ce nombre, 20 ne présentaient aucun symptôme de gonorrhée; parmi les autres, il y avait 34 cas de gonorrhée récente et 3 cas de gonorrhée ancienne.

Or, dans les 34 cas de gonorrhée récente, la sécrétion uréthrale renfermait des amas de gonococcus : ils manquaient dans les 3 autres cas; dans la sécrétion des glandes vulvo-vaginales, la présence des organismes spécifiques ne fut constatée qu'une fois; dans la sécrétion vaginale, après que le vagin eût été lavé à fond et le col utérin complètement fermé par un tampon, une fois aussi seulement. La sécrétion du col utérin contenait des gonococcus en grande abondance dans 16 cas de gonorrhée récente, et 2 de gonorrhée ancienne; la sécrétion de la cavité utérine ne fut examinée que dans 8 cas de gonorrhée, et quatre fois, il y avait des gonococcus.

A la suite de ces recherches, l'auteur arrive aux conclusions suivantes (*Berlin. klin. Woch.* 1887, n° 17) :

1° Dans tous les cas d'infection, l'urèthre est affecté d'abord ; dans la moitié des cas à peu près, la muqueuse du col et le revêtement de la cavité utérine.

2° Dans tous les cas de gonorrhée récente, il y a une uréthrite spécifique; l'exsudat de l'urèthre peut être peu abondant et non purulent, mais il renferme des gonococcus.

3° Longtemps après la disparition des organismes de la sécrétion uréthrale, le col et la cavité utérine peuvent encore en renfermer.

4° Dans la muqueuse de la vulve et du vagin, les gonococcus ne s'établissent pas à demeure chez l'adulte, soit parce que la muqueuse est protégée par son épithélium pavimenteux épais, soit à cause de l'acidité de l'exsudat, soit à cause de la grande quantité d'autres organismes qui pullulent dans le vagin à l'état normal.

Il est remarquable, d'ailleurs, que, dans tous les cas d'infection gonorrhoïque examinés, sauf dans deux, la muqueuse vaginale avait un aspect normal, elle n'était ni rouge ni tuméfiée et était dépourvue de sensibilité spéciale ; dans les deux cas restants, où il y avait une véritable colpite, les gonococcus ne furent trouvés qu'une fois, ainsi qu'il a été indiqué plus haut. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 septembre 1887.

— Depuis la dernière séance, l'Académie a perdu deux de ses membres : d'abord, M. le professeur Hairion, qui l'a présidée pendant l'année 1878 et qui est décédé à Louvain, le 14 août, à l'âge de 78 ans.

Une députation composée de MM. Lefebvre, Gallez, Borlée, Craninx, Gille et Michaux a été chargée d'assister aux funérailles. Par déférence au désir exprimé par M. Hairion, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe.

Le second membre enlevé à la science et à la Compagnie est M. le Dr Félix Giraud-Teulon, de Paris, décédé à Saint-Germain-en-Laye, le 19 août, à l'âge de 71 ans. M. Giraud-Teulon avait été nommé correspondant de l'Académie le 28 novembre 1863 et avait été promu à l'honorariat le 29 avril 1882.

Des lettres de condoléance seront adressées aux familles respectives des regrettés défunts.

— M. Warlomont ayant exprimé le désir d'être chargé de rédiger la notice biographique de M. Hairion, le bureau propose de confier cette tâche à cet honorable membre. — Adopté.

Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le Dr Pregaldino à Gand, intitulé : *Contribution à l'étude des ganglions intervétébraux*. — M. R. Boddaert, rapporteur.

Le travail de M. Pregaldino a pour objet l'examen de certains points de la physiologie des ganglions spinaux. Dans une première série de recherches, l'auteur isole un ganglion de ses connexions vasculaires avec les parties voisines; dans ces conditions, l'afflux de matériaux nutritifs ne s'y ferait plus que d'une manière incomplète et des métamorphoses régressives ne tarderaient pas à s'y produire.

Il excite ensuite, dans le voisinage du ganglion, le nerf centripète et la racine postérieure, en opérant sur la grenouille ou le chien et en employant le chariot de Dubois-Reymond. appareil qui lui permet d'obtenir des résultats comparables.

L'altération ganglionnaire se traduit, au point de vue physiologique, par une difficulté de plus en plus grande opposée au passage de l'excitation portée sur le nerf centripète; cette excitation doit se manifester par la production de mouvements réflexes.

La résistance finit par devenir absolue au bout d'un certain temps, plus considérable pour les animaux à sang froid que pour les animaux à sang chaud. L'excitation du nerf centripète ne provoque plus alors les mouvements réflexes qui doivent lui servir de réactif.

D'autre part, M. Pregaldino, dans le cours de ses recherches, a

observé que la masse ganglionnaire affecte assez souvent une situation latérale par rapport au nerf et à la racine postérieure. Il a profité de cettedisposition anatomique pour détacher le ganglion par une incision parallèle à l'axe du filet nerveux. Cette petite opération abolit immédiatement la transmission de l'excitation du nerf centripète

On peut donc conclure de ces deux catégories de faits, qu'il n'y a pas de fibres nerveuses directes traversant le ganglion.

M. Pregaldino a aussi soumis les ganglions à l'action de certains alcaloïdes, tels que la strychnine, l'atropine, la morphine. Ces substances ne paraissent pas exercer d'effet appréciable sur l'excitabilité des cellules ganglionnaires, au moins dans les conditions où l'auteur s'est placé.

La commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur; 2° d'insérer son travail dans le Bulletin; 3° de signaler le nom de M. Pregaldino à l'attention de la commission qui sera chargée plus tard de dresser la liste de candidats au titre de membre correspondant de l'Académie. — Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSIONS.

1. Discussion du rapport de la commission qui a examiné le travail de M. le Dr Deffernez, intitulé : *Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée.* — M. Kuborn, rapporteur.

M. Willems s'étonne d'abord du silence gardé par les cliniciens de l'Académie dans la discussion ouverte sur les émissions sanguines. Il déclare ensuite que ce moyen thérapeutique lui a rendu de grands services, notamment dans les congestions, les inflammations, les péritonites, et les pneumonies. Il cite deux cas où la saignée lui a paru concourir puissamment à la guérison du malade.

Sur la proposition de M. Masoin, la question est maintenue à l'ordre du jour.

2. Discussion des communications relatives à l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny.

M. Hyernaux déclare qu'il n'a jamais compris qu'un corps étranger quelconque, introduit dans le vagin, en contact avec le col utérin, ne pût pas — suivant la nature de ce corps étranger, suivant la sensibilité et la susceptibilité particulière de la femme — donner les mêmes contractions utérines que l'appareil dont il s'agit et provoquer ensuite le travail de la parturition.

M. Hyernaux prétend qu'on est très loin du point de départ de M. Chassagny dont l'appareil a été modifiée depuis 1883 : ce n'est plus l'appareil élytro-ptérygoïde. M. Chassagny est revenu au ballon

double; seulement, au lieu de le faire, comme précédemment, en caoutchouc, il le fait avec une vessie. » M. Hyernaux ajoute : « Je n'ai pas vu ce nouvel appareil, mais j'ai la conviction, d'après la description qui en a été faite, qu'il ne répondra pas mieux que les autres au but que l'auteur veut atteindre. »

M. Hyernaux apporte ensuite plusieurs arguments tendant à démontrer que le second appareil, si chaleureusement recommandé par son honorable collègue de Louvain, offre des inconvénients sérieux, qui doivent le faire proscrire de la pratique obstéricale.

M. le Président Lefebvre est d'avis que M. Hyernaux a tort de se plaindre des changements subis par l'appareil élytro-ptérygoïde, car c'est précisément grâce à ses critiques que M. Chassagny l'a modifié. — Il propose de ne pas clore la discussion, mais d'en remettre la suite à la prochaine réunion. — Cette proposition est adoptée.

— La séance publique est levée à 1 heure et demie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 27 septembre 1887.

NOTE A PROPOS DE TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS DE SALPINGITE ET HÉMATO-SALPINGITE ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL. — M. *Terrillon*. — Les trois faits rapportés par M. Terrillon montrent que les affections inflammatoires des trompes avec leur variété salpingite, hémato-salpingite, pyo-salpingite, rentrent pour la plupart dans le domaine de la chirurgie.

L'intervention consiste, soit dans l'ablation totale de la région malade si les adhérences ne sont pas trop nombreuses et indélébiles, soit dans l'ouverture large et le drainage de la poche. Les nombreux cas publiés à l'étranger et en France prouvent que le succès vient presque toujours couronner cette tentative.

M, Terrillon fait remarquer que dans aucun des cas qu'il a relatés on n'aurait pu espérer une guérison spontanée; sans compter que les malades atteintes de cette affection courent des risques nombreux (ruptures dans le péritoine, abcès chroniques, cachexie. etc.), qu'on ajoute à ces accidents qui menacent la vie des malades, les douleurs intolérables dont elles sont tourmentées, et l'on aura largement de quoi justifier l'ablation de tout ou partie des annexes de l'utérus.

DES ULCÉRATIONS IMAGINAIRES DE LA LANGUE. — M. *Verneuil*. — On se rappelle que Velpeau signala jadis les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrivit les tourments physiques et moraux éprouvés par les malades qui s'en croyaient atteintes, ainsi que les soucis et les incertitudes des praticiens consultés dans ces cas souvent difficiles.

Cette forme morbide est restée dans le cadre nosographique et mérite d'y être maintenue. Elle n'est pas rare. Les chirurgiens même expérimentés éprouvent parfois encore un certain embarras à la reconnaître.

On sait, en effet, qu'il y a ici réunion de deux facteurs pathologiques : la douleur d'une part et de l'autre quelque lobule glandulaire sensible au toucher et offrant une consistance plus grande que les autres ; ce qui permet de croire qu'il existe là un néoplasme au début.

On sait, en revanche, que maintes fois il ne s'agit que d'une névralgie intercostale avec point mammaire, sans lésion organique de la glande et par conséquent sans nécessité d'une intervention chirurgicale que les malades accepteraient volontiers.

Or, ce que M. Velpeau a fait pour le sein, je le voudrais faire pour la langue. Là aussi j'ai rencontré la réunion du symptôme douleur avec une pseudo-lésion anatomique constituant une affection pénible en elle-même en raison des souffrances qu'elle provoque, mais réagissant aussi sur le moral d'une façon très fâcheuse, les patients étant convaincus d'ordinaire qu'ils portent une production de mauvaise nature, c'est à dire un cancer *commençant* de la langue.

J'ai observé cinq cas de ce genre, tous bien caractérisés et si semblables que je pourrais me contenter de rapporter l'un d'eux avec qnelques détails pour donner une idée suffisante de l'affection. Tout porte à croire que plusieurs de mes collègues ont déjà vu ce que j'ai vu moi-même, puisqu'il ne s'agit en somme que d'une variété da la névralgie linguale. Mais, si j'en juge par les prescriptions faites par les collègues qui ont vu les malades avant moi, j'ose affirmcr que le diagnostic n'est généralement pas posé et que la nature réelle du mal reste le plus souvent méconnue.

Voici la relation d'un cas que j'observe depuis plus d'un an.

M. X...., avocat, 42 ans, fortément musclé, d'un embonpoint notable, offre toutes les apparences de la santé ; pas de syphilis, pas de maladie sérieuse antérieurement.

Il vient consulter pour une affection de la langue qui l'inquiète fort. Cette affection dure depuis plus d'un an, va toujours en s'aggravant, a résisté à tous les moyens mis jusqu'alors en usage. Elle provoque une douleur tantôt vive, tantôt sourde et occupant un point limité, avec des irradiations gênant la mastication, la déglutition. Tous ces renseignements pris, je procède à l'exploration locale. M. X...., en homme habitué à se faire examiner, ouvre largement la bouche, tire la langue en dehors en l'inclinant à gauche, de manière que le bord droit soit bien exposé à la vue, puis il attend. L'exploration la plus attentive ne fait rien découvrir ; la langue est molle

large, souple, la muqueuse buccale intacte, les dents en bon état.

Surpris du résultat négatif de mon examen, le malade porte alors le doigt sur la langue et le pose pour m'indiquer le siège du mal, exactement sur la plus antérieure des papilles caliciformes.

M. Verneuil voulant convaincre son client de l'état parfaitement normal de sa langue, lui fait constater au point symétrique du côté opposé l'existence d'une saillie analogue. Il s'agissait d'une simple névralgie linguale, que M. Verneuil mit sur le compte de la constitution fortement arthritique du sujet. Un peu de persuasion; un traitement médical joint à quelques applications de cocaïne eut raison de la douleur et le malade se tint pour guéri. A quelques temps de là, les craintes de cancer se manifestèrent de nouveau. Le malade avait cessé tout traitement et la névralgie avait reparu.

Tel est le type auquel se rapportent les faits observés par M. Verneuil. Un de ses malades, médecin, est mort ultérieurement paralytique général.

En résumé, dit M. Verneuil, en terminant, l'histoire des ulcérations imaginaires de la langue offre encore bien des lacunes, lacunes qu'on retrouve d'ailleurs dans la description de la névralgie linguale en général sur laquelle je ne découvre dans la littérature médicale qu'un article émané de Dechambre.

Peut-être ai-je rendu quelque service en provoquant l'émission de faits nouveaux bien nécessaires à l'acheminement de la question.

M. *Fournier* ne s'écarte de l'opinion de M. Verneuil que sur un seul point. Il estime que cette affection est loin d'être rare. Il en a vu de nombreux exemples. M. Fournier s'est efforcé d'élucider la ou les causes de ces névralgies et il en a trouvé trois : la goutte ou l'arthritisme; l'irritation locale causée par un appareil prothétique, et enfin dans un cas le tabes ataxique.

Dans les faits de la première catégorie, c'est de l'emploi du bromure à la dose de 5 grammes par jour et surtout de la médication morale que M. Fournier a pu retirer le plus d'avantages.

M. *Labbé* a vu, comme M. Fournier, un nombre considérable de cas de névralgie linguale. Dans le courant de cette année, il en a vu trois cas remarquables. M. Labbé estime que le traitement moral, la persuasion, si le médecin a l'autorité nécessaire pour convaincre son client, constitue le seul traitement rationnel de cet affection. Il repousse toute intervention locale comme étant toujours inutile, quelque bénigne qu'elle soit.

M. *Laborde* fait remarquer que, dans le groupe des névralgies linguales, il y a évidemment lieu de distinguer des catégories. Le délire hypocondriaque lui paraît être en jeu dans un grand nombre de cas

de ce genre. Il est à noter qu'un des malades de M. Verneuil est mort de paralysie générale.

M, *Perrin* et M. *Larrey* rapportent chacun une observation de névralgie linguale.

Séance du 4 octobre 1887. — DES ULCÉRATIONS IMAGINAIRES DE LA LANGUE. — M. *Hardy* croit, comme les membres de l'académie qui ont pris part à cette discussion, que cette affection est plus commune que ne le pensait d'abord M. Verneuil. M. Hardy n'a pas remarqué que l'arthritisme eut une grande part dans sa production, mais il a trouvé cette affection assez fréquente chez les névropathes; de même il a vu assez souvent cette névralgie chez des syphilitiques qui avaient pris du mercure pendant plusieurs années. La rougeur de la langue et des gencives causée par le mercure peut disparaître et laisser place à une douleur persistante au même niveau. Pour M. Hardy, c'est donc un accident nerveux, une pure névrose, une hyperesthésie qui peut être consécutive à une ancienne inflammation de cette région. Quant au traitement, M. Hardy donne la préférence aux alcalins, à quelque préparation arsenicale et à des attouchements avec de l'acide phénique dissous dans la glycérine.

M. *Luys* a vu un certain nombre de ces malades. Ce sont, en effet, de véritables hypochondriaques. C'est là, un symptôme prémonitoire de la paralysie générale ou un symptôme concomitant d'un état hypochondriaque.

M. *Besnier*. — Cette maladie est un peu plus connue qu'elle ne semble l'être d'après la discussion de l'Académie. Elle est même décrite sous le nom de glossodynie.

MYOPIE SCOLAIRE. — M. *Javal* veut dire à l'Académie ce qu'il pense au sujet de la myopie solaire. On sait que pour éviter le développement de la myopie scolaire, il faut éclairer suffisamment les écoles, donner un mobilier scolaire convenable et des livres écrits en caractères parfaitement lisibles; enfin recommander l'écriture droite au lieu de l'écriture penchée. Malgré la mise en pratique de tous ces moyens, on voit encore la myopie se développer dans les écoles, et cela parce que la myopie naît de l'habitude de regarder de trop près. Toutes les fois qu'un parent a soin d'amener son enfant à un homme compétent dès le début de la myopie, la myopie s'arrête brusquement et complètement. Les mesures à prendre consistent à empêcher les myopes de faire des efforts d'accommodation. Il ne faut pas conclure de là que la myopie disparaîtra complètement des écoles; il faudrait d'abord que ces conseils fussent demandés et suivis. M. Javal en expérimentant dans son laboratoire la règle optométrique de Bull, a

fait cette remarque que l'amplitude d'accommodation est faite dans les cas où la myopie est stationnaire. On voit ainsi, au moyen de cet optomètre, quels sont les jeunes gens chez lesquels il faut surtout prendre des précautions. Voici maintenant une vue purement théorique de M. Javal. Les choses se passent dans l'oeil comme s'il y avait pour l'accommodation deux mécanismes; un mécanisme d'accommodation transitive par le cristallin, c'est celui des auteurs, et un mécanisme d'élongation permanent qui est la cause de la myopie.

M. *Verneuil* lit de la part du Dr Diday, de Lyon, une lettre relative aux ulcérations imaginaires de la langue. M. Diday met en regard de cette affection des ulcérations imaginaires de la verge.

VARIÉTÉS.

A la dernière réunion des otologistes de l'Allemagne du Sud, Pins a indiqué deux petits moyens, capables d'aider au diagnostic de la perforation du tympan.

Voici le premier : on introduit dans le conduit auditif une substance pulvérulente quelconque, par exemple, de l'acide borique, et l'on chasse de l'air par la trompe, : la poudre est projetée au dehors, si le tympan est perforé.

Voici le second : on introduit un petit sifflet dans le conduit auditif, et l'on fait passer également par un procédé quelconque de l'air par la trompe : si le tympan est perforé, le sifflet fait entendre un son.

—

Musées anatomiques. Le gouvernement prussien vient de décider qu'à partir de l'année 1888, il refuserait de délivrer la patente des professions ambulantes aux entrepreneurs des soi-disant musées anatomo-pathologiques, cabinets de figures en cire et autres établissements semblables.

Sera interdite toute exhibition de reproductions de l'appareil de la génération chez l'homme, du travail de l'accouchement, de représentations des maladies sexuelles, de « nudités excitantes », en un mot, de tous les spectacles de nature à blesser le sentiment de la pudeur.

—

Chambres médicales. On vient de créer en Prusse une chambre médicale dont les attributions porteront sur tous les sujets qui sont du ressort de la pratique médicale ou qui concernent l'hygiène publique et la défense des intérêts médicaux. Ces Chambres peuvent adresser des propositions et des motions au gouvernement; ce dernier, à son tour, s'appliquera à demander des conseils aux Chambres médicales dans les questions d'hygiène publique.

Sont électeurs et éligibles les médecins qui, demeurant dans l'arrondissement électoral, sont sujets de l'Empire allemand, et jouissent de leurs droits civils et politiques. L'éligibilité et le droit de vote seront retirés, aussitôt qu'il ne sera plus complètement satisfait à ces conditions; les droits ne pourront être exercés dans le cours d'une procédure tendant à enlever à un médecin le droit de porter le titre de praticien, dans le cours d'une procédure judiciaire pour crime ou délit entraînant la perte des droits civiques, ou enfin en cas d'arrestation ordonnée par tribunal.

Le comité de la Chambre des médecins devra retirer les mêmes droits définitivemeat ou à temps, aux médecins qui se sont rendus coupables de manquements graves ou réitérés dans l'exercice de leurs fonctions, ou qui ont perdu le droit à l'estime de leurs confrères. On devra auparavant permettre aux intéressés de se disculper des accusations portées contre eux; les intéressés peuvent enfin recourir contre le jugement qui les frappe, dans les quatre semaines qui suivent la condamnation, auprès du ministre chargé des questions médicales. Le retrait du droit de vote ne peut s'exercer contre les médecins qui occupent des fonctions officielles ou qui dépendent des tribunaux d'honneur militaires. Les fonctions de membres de la Chambre des médecins sont purement honorifiques.

L'introduction de chambres organisées officiellement n'est pas approuvée par tous les médecins, mais ses partisans sont surtout pleins de confiance sur les résultats à obtenir, parce que M. de Gossler, le ministre qui a institué le nouvel état de choses, est très aimé du public médical. L.

—

OBSERVATION TOUCHANT L'ENVOI DE TUMEURS.

Nous recevons souvent de divers côtés des tumeurs dans le but d'en faire l'examen microscopique. Elles nous parviennent généralement durcies plus ou moins imparfaitement. Nous prions nos confrères qui nous font ces envois de bien vouloir nous les expédier à l'état frais, enveloppés d'un linge imbibé d'acide phénique et par la voie la plus rapide, soit comme échantillon sans valeur, soit comme petit paquet. Il est préférable aussi, pour autant que la chose est possible, d'envoyer la tumeur en entier et non quelques fragments.

Nous profitons de l'occasion pour répéter que nous faisons ces examens volontiers et nous prions nos confrères de tout le pays, qui ne sont pas à même de pouvoir faire ces recherches, de s'adresser à défaut d'autres, à nous, J. DENYS.

Obs. XVIe. *Pluripare à 7 1/2 mois — placenta-praevia central — hémorrhagies — version podalique — extraction de la tête par le forceps.* (Observation recueillie par M. le Dr WAROCQUIER, de Tournai).

L'épouse B., âgée de 30 ans, a eu trois couches heureuses à terme, un accouchement à 8 mois et, l'an dernier, un avortement à trois mois.

Elle est enceinte pour la 6e fois et a éprouvé une première perte de sang à cinq mois et demi — une deuxième à sept mois, plus forte et qu'il a fallu combattre par le tamponnement et l'opium, — une troisième à sept mois et demi, que son mari parvint à arrêter, en tamponnant le vagin, comme il l'avait vu faire par le médecin.

Cette dernière hémorrhagie a éclaté la nuit et l'écoulement avait cessé quand je fus appelé le matin. Il n'y a pas de douleurs : col très-élevé, non raccourci, admettant la pulpe du doigt seulement; présentation de la voûte du crâne et du placenta.

Pour éviter les dangers des nouvelles hémorrhagies qui peuvent se reproduire à tout instant, je propose de provoquer immédiatement l'accouchement, ce qui est accepté.

L'appareil élytro-ptérygoïde est appliqué une première fois pendant quarante minutes: il provoque des douleurs qui cessent quand je le retire. Je l'applique de nouveau pendant trente minutes et les douleurs intermittentes reviennent. L'orifice externe seul est largement ouvert. Comme il ne s'écoule pas de sang, je me décide à attendre les évènements. Je viens revoir la malade le soir : les douleurs sont suspendues; je réapplique l'appareil et je le laisse une demi heure en place. — Il provoque, comme le matin, des contractions intermittentes qui s'arrêtent bientôt après qu'il est retiré.

Le lendemain à six heures du matin, je suis rappelé en toute hâte: une hémorrhagie, plus abondante encore que les autres, s'est produite

brusquement à la suite d'une tranchée utérine. Elle n'a duré que quelques minutes et le sang ne coule plus à mon arrivée. Col encore long et ouverture interne juste assez large pour laisser passer le doigt, qui arrive directement sur le placenta. Je mets l'appareil élytro-ptérygoïde en place et je l'y laisse cette fois une heure, de 6,45 à 7,45 h. Je le retire alors et j'introduis la main dans le vagin. Les doigts pénètrent avec précaution dans le col, décollent le placenta en arrière et à gauche et bientôt toute ma main est dans la matrice. Un peu de sang s'écoule en ce moment. Je me hâte de saisir un genou, d'opérer évolution et d'extraire le tronc. L'enfant fait des efforts d'inspiration et, comme je ne parviens pas à amener tout de suite la tête avec les mains, j'applique le forceps pour terminer plus vite.

La délivrance suit immédiatement l'issue de l'enfant pâle et flasque qu'une extraction rapide n'a pas sauvé et que je ne parviens pas à raminer.

Couches. La journée se passe très-bien ; mais le lendemain matin je trouve un état alarmant: pouls, 130, peau brûlante, douleurs vives dans le bas-ventre. Je pratique le lavage de la matrice, puis une injection intra-utérine phéniquée à 25 pour 1000. — Cataplasmes, ergotine et quinine. Le soir la température est à 38,5° C. et une nouvelle injection est pratiquée.

Le troisième jour la fièvre est tombée : pouls à 80, température normale, et le lait gonfle les seins. Le reste des couches est absolument normal.

Réflexions. S'il avait pu me rester des doutes sur la valeur de la méthode de M. Chassagny, mon premier essai m'aurait absolument convaincu de deux choses : son excellence et la facilité de son application. Il est évident pour moi — étant donnée la situation — qu'aucun autre moyen thérapeutique ne m'aurait permis d'agir avec autant de promptitude et surtout de sécurité.

La placenta présente une déchirure du côté où la main a pénétré et que la main a produite. L'appareil l'a-t-il décollé plus que ne l'auraient fait d'autres moyens ou que ne l'aurait fait spontanément la matrice elle-même ? C'est possible, mais je ne le pense pas.

Bien que maniant l'appareil pour la première fois, je n'ai rencontré aucune difficulté. La vessie ne m'a paru avoir aucune tendance à

s'échapper d'une vulve, élargie cependant par de nombreux accouchements antérieurs, et je n'ai pas été obligé de la contenir à la main.

J'ai observé deux sortes de douleurs : un agacement continu, résultant sans doute de la distension du vagin — et des douleurs intermittentes, dues aux contractions utérines, et pendant lesquelles le niveau de l'eau s'élevait dans le réservoir d'alimentation.

Enfin, j'ai la conviction qu'avec un peu plus d'insistance de ma part ou de docilité de la part de la femme, je serais parvenu à provoquer l'accouchement dès le premier jour et j'aurais épargné à la femme la dernière perte de sang qu'elle a subie.

Obs. XVII°. *Multipare à 6 1/2 mois ; placenta prævia ; trois applications de l'appareil élytro-ptérygoïde, de 10, 15 et 20 minutes, arrêtent l'hémorrhagie et provoquent l'expulsion de l'œuf en bloc ; enfant de 6 1/2 mois, qui vit une demi heure. Couches normales.* (Observation recueillie par M. le Dr A. VAN KEERBERGEN, d'Ixelles.

La femme X., âgée de 42 ans, a accouché pour la huitième fois en 1885. Le placenta, inséré d'une manière vicieuse, se présentait par son bord et je fus obligé de pratiquer la version podalique, qui n'amena qu'un enfant mort. L'opération se fit dans des flots de sang et la femme fut longtemps à récupérer ses forces.

Enceinte pour la neuvième fois, elle commença, vers 5 1/2 mois, à éprouver irrégulièrement de petites pertes de sang qui, par leurs répétitions, inquiétèrent bientôt la patiente, le mari et même le médecin. Le 20 septembre dernier une hémorrhagie, beaucoup plus sérieuse que les précédentes, se déclare tout à coup et me décide à intervenir activement.

La femme, d'après ses calculs et le développement de la matrice, est à six mois et demi. Il y a eu de petites contractions utérines. Col long, dur, perméable au doigt. A 10 heures du matin j'applique l'appareil élytro-ptérygoïde. L'hémorrhagie cesse à l'instant et je crois pouvoir retirer l'instrument au bout de dix minutes. J'attends un quart d'heure pendant lequel l'utérus se rétracte quelques fois, mais faiblement et sans élargir le col resté dur. Puis je remets la vessie en place et je la laisse quinze minutes en fonction. Cette deuxième application

amène une dilatation du col large comme une pièce d'un sou et provoque des contractions plus énergiques. Il ne vient plus de sang depuis le début de l'opération. Le col cependant a conservé sa dureté.

A midi et demi, désireux de terminer un travail qui s'annonce comme devant durer longtemps et qui à tout moment peut se compliquer de nouvelles pertes de sang, je réapplique une troisième fois l'appareil pendant douze minutes, mais je me sers cette fois d'eau chaude pour distendre la vessie (1). Après cette dernière application je suis très heureux de constater que le col s'est complètement assoupli et que sa dilatation a fait de grands progrès. Les douleurs reviennent régulières et énergiques et, à 2 heures, elles expulsent tout l'œuf en bloc.

Je baptise l'enfant qui est vivant, mais, comme nous l'avons dit, il n'a que six mois et demi, et au bout d'une demi heure il s'éteint.

Couches normales.

Obs. XVIIIe. *Pluripare à 7 mois; bassin de 7 centimètres; deux applications de l'appareil élytro-ptérygoïde lancent le travail; forceps; enfant vivant.* (Observation recueillie par M. le Dr A. VAN KEERBERGEN, d'Ixelles.)

Femme Z., âgée de 33 ans, rachitique, dont le diamètre sacro-pubien ne mesure que 7 centimètres. Elle a eu, en 1880, un premier accouchement spontané à 7 mois : enfant vivant. En 1885, second accouchement à terme : je dus appliquer le forceps et ce ne fut qu'après une heure de lutte énergique que je parvins à extraire un enfant mort.

La femme est arrivée au septième mois de sa troisième grossesse et elle a conservé un assez mauvais souvenir de l'accouchement précédent pour accepter facilement la provocation immédiate du travail. Je commençai par faire pratiquer pendant trois jours des douches vaginales dans le but de ramollir le col, puis, assisté de mon confrère, le Dr Masen, de Boitsfort, j'introduisis l'appareil élytro-ptérygoïde dans le vagin. Deux applications suffirent pour déterminer le travail.

Après une attente de quatre heures et demie, la tête ne descendant

(1) Est-ce l'eau chaude qui a ramolli le col ? Peut-être bien. Dans tous les cas l'eau chauffée à 38 à 40° C nous paraît préférable à l'eau froide. E. H.

pas, nous la saisîmes par le forceps et nous amenâmes sans peine un enfant vivant.

Les couches ne présentèrent absolument rien d'intéressant à noter.

L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOIDE DE M. CHASSAGNY DEVANT L'ACADÉMIE.

—

Discours de M. Hyernaux *(Séance du 24 septembre 1887.)*

M. le Président Lefebvre. — M. Hubert étant absent, M. Hyernaux ne consentirait-il pas à aborder la discussion?

M. Hyernaux. — Je le veux bien, M. le Président, puisque personne ne demande la parole; mais ce silence me fait présumer que l'Académie doit être fatiguée d'entendre parler de matrice et de vessie, y pénétrant ou n'y pénétrant pas. Moi-même j'étais bien décidé à ne plus revenir sur cette question, si la dernière communication de l'honorable M. Hubert ne m'y conviait; ce n'est cependant pas que j'aie à critiquer les résultats consignés dans les observations qui en font l'objet, car ces résultats ont été ce qu'ils devaient être. En effet, j'ai toujours pensé, et je pense encore, qu'un corps étranger quelconque introduit dans le vagin, distendant ce conduit et appliqué contre le col utérin d'une femme grosse devait, suivant la nature de ce corps et la sensibilité spéciale de la matrice, provoquer des contractions et accélérer le travail parturitif.

Mais tout ce que nous avons entendu jusqu'ici, toutes les observations qu'on a fait passer sous nos yeux, tout cela nous a bien éloigné de notre point de départ, de ce cas qui a soulevé mes premières objections, et c'est surtout pour vous le rappeler et rétablir la question sur son véritable terrain que je prends en ce moment la parole.

D'abord, messieurs, je vous ferai remarquer que l'appareil dont on vous a parlé en dernier lieu n'est plus du tout celui qui a fait l'objet des discussions précédentes et des arguments que j'ai fait valoir contre lui. M. Chassagny est un praticien d'une fécondité remarquable, mais je dois constater que ses produits naissent dans un état de grande débilité, qu'il a du reste reconnue. Il en est aujourd'hui à son quatrième appareil.

Le premier était composé de deux ballons en caoutchouc actionnés isolément à l'aide de deux tubes qui conduisaient l'eau d'injection

dans chacun d'eux. M. Chassagny l'a bientôt abandonné parce qu'il a vu qu'il ne répondait guère à son attente ; il l'a remplacé par celui qui fait l'objet de nos discussions et auquel il a donné le nom d'élytro-ptérygoïde. Ici, vous le savez, une simple vessie animale est renfermée pour l'application, dans une sorte de spéculum à ailes, dont j'ai démontré l'inefficacité. Cette modification était si malheureuse que l'auteur lui-même fut forcé d'admettre le bien fondé de mes critiques et, dans un élan de généreuse reconnaissance, il n'hésita pas à abandonner sa méthode à la garde bienveillante de M. Hubert, qui s'en était constitué chez nous l'éloquent défenseur. Constatons que l'accoucheur lyonnais ne pouvait trouver pour son enfant un tuteur plus dévoué ni plus habile que celui qu'il a choisi et dont le nom de père en fils est synonyme de savoir et d'intégrité professionnelle. Dois-je vous rappeler, messieurs, l'appréciation de M. Chassagny sur son propre appareil et les termes de son abdication? Les voici :

« *Les incontestables défauts de l'appareil*, dit-il, *les difficultés que* » *rencontre son application avaient provoqué chez le plus grand* » *nombre de mes confrères les mêmes répulsions que chez M. Hyer-* » *naux et avaient créé un obstacle insurmontable à sa vulgarisation,* » *à laquelle j'avais moi-même depuis longtemps renoncé, me bor-* » *nant à employer l'appareil pour mon usage personnel. Aussi c'est* » *une véritable épave qu'a recueillie le savant professeur de Louvain,* » *épave avec laquelle il a reconstitué une méthode qu'il a véritable-* » *ment fait sienne par son ardeur, par sa persévérance et surtout* » *par le talent qu'il a mis en œuvre pour l'exposer et pour la* » *défendre.* »

A ce second appareil, ainsi abandonné à des mains étrangères, succéda un troisième que je ne puis apprécier pour la raison que je ne l'ai pas vu, mais je ne crois pas commettre une indiscrétion en disant que M. Hubert m'a déclaré qu'il était plus défectueux encore que les précédents. Il faut bien croire qu'il en est ainsi, puisqu'à notre dernière séance on est venu nous en décrire un quatrième. M. Chassagny, revenant, comme on dit, à ses premières amours, a, pour celui-ci, abandonné le speculum à ailettes et repris le ballon double ; seulement, au lieu de le faire comme à l'origine, en caoutchouc, il le fait avec la vessie animale fixée en deux compartiments sur un mandrin en buis.

Voilà, messieurs, les modifications successives de l'appareil Chassagny. Sont-elles de nature à changer ma manière de voir ? Aucunement, car je ne puis concevoir, et c'est là le véritable état de la question, le point où je voulais en venir, celui qui a suscité mes toutes premières critiques, je ne puis concevoir, dis-je, et il ne m'a jamais été

prouvé qu'un col de matrice vierge se fut laissé pénétrer d'emblée par une vessie animale ou autre. Il y a dans les parties qui constituent le conduit vulvo-utérin une telle différence de résistance, d'une part, un col si dur et si serré, et d'autre part, un vagin si souple et comparativement si friable, que celui-ci se déchirera plutôt que celui-là se laisser franchir. Mes objections, je le répète, n'ont pas tant visé les femmes en état de puerpéralité, là où le col a subi tous les changements qu'apporte la grossesse, que celui de cette femme nullipare qui, souffrant de troubles utérins, vint consulter M. Michaux, et fut renvoyée par celui-ci à l'examen de M. Hubert. Ne parvenant pas à passer une très-fine sonde dans la matrice, dont il voulait explorer la cavité, notre honorable collègue proposa d'élargir le col à l'aide de l'appareil élytro-ptérygoïde. Une heure ou une heure et demie après l'application de l'appareil, le col était perméable à une tige de laminaria du diamètre du petit doigt.

Ce cas me suggère une première réflexion : le col était-il bien réellement et d'une manière permanente imperméable à la sonde utérine? Je ne le nie pas, mais ne vous êtes-vous jamais livrés à de vains essais pour pénétrer dans la vessie d'un homme et d'y parvenir inattendument un peu plus tard? Vingt fois il m'a été impossible, dans un moment donné, d'introduire dans la cavité utérine un cathéter qui y passait et même un peu plus volumineux, quelques heures après mes tentatives infructueuses ou le lendemain.

Deux faits très significatifs sont encore expressément consignés dans cette observation : la femme en expérience n'a pas eu *de douleurs*, nous dit M. Hubert, et, après ampliation de la vessie, le *niveau* du liquide contenu dans le bassin n'a *pas varié*. Or, je vous ferai remarquer, messieurs, que ces deux phénomènes, douleurs ou crampes utérines et variation du niveau du liquide, phénomènes, vous le savez, auxquels j'ai donné une toute autre interprétation, constituent pour M. Chassagny la preuve palpable que la vessie et son contenu ont pénétré dans la matrice.

Mais, messieurs, tous ceux qui ont sondé une matrice, qui y ont injecté ne fût-ce que deux ou trois grammes d'un liquide quelconque, savent qu'on ne fait pas cela impunément et sans occasionner des douleurs dans le dos, dans les reins, dans les aines, au bas des cuisses, et parfois de véritables pressions, des crampes dans le bassin. Si cela avait eu lieu, on l'eût mentionné comme on eût également noté la vacillation du liquide qui en est la conséquence obligée. Or, rien de semblable ne s'est manifesté ; donc la vessie pas plus que son contenu n'ont franchi le col utérin.

Un mot, maintenant, sur les indications pratiques de l'appareil,

M. Chassagny en mentionne beaucoup : permettez-moi, en terminant, d'appeler votre attention sur les principales.

Selon l'auteur, son procédé est d'une efficacité remarquable, instantanée, dans le cas d'hémorrhagie par cause de *placenta prævia*. Les deux observations qui vous ont été communiquées à la dernière séance paraissent en témoigner éloquemment.

Mais, messieurs, si vous avez lu ces observations, vous aurez pu voir que les femmes qui en sont l'objet étaient, l'une au moins, absolument *in extremis*, que chez elle la syncope était si complète que l'accoucheur croyait à une mort inévitable et imminente. Or, tout en admettant qu'en pareil cas la syncope est l'hémostatique le moins à désirer, il est évidemment le plus certain : en effet, lorsque les impulsions cardiaques sont insensibles et que le pouls cesse de battre, il n'y a plus de raison pour que le sang coule.

M. Hubert vous a exposé la théorie de l'hémorrhagie comme il la comprend : il l'a fait avec cette clarté et cette précision que nous lui connaissons, mais je ne me rappelle pas s'il nous a dit d'où le sang vient.

Eh bien, messieurs, c'est là cependant une chose très-importante au point de vue de la question de savoir si la vessie introduite dans la matrice forme un tampon toujours et absolument efficace. Le sang — je ne sais si je dois le dire — vient la plupart du temps de la matrice même, du point correspondant à la portion détachée de l'arrière-faix, et ce qui le prouve, c'est qu'après la sortie du placenta, n'importe son lieu d'implantation, il y a encore hémorragie dans certains cas. Ce qui le prouve encore bien mieux, c'est qu'après la délivrance complète et malgré la rétraction du col utérin, il faut encore redouter l'hémorrhagie et y veiller attentivement, si le placenta était inséré sur le col ou dans son voisinage. Le sang vient donc la plupart du temps de la matrice, et cette considération n'est pas ici sans importance, car quelles sont les femmes qui ont le plus souvent une insertion vicieuse de l'arrière-faix? Eh bien, ce sont les multipares et cela dans la proportion de 90 à 95 %.

D'autre part, plus une femme a eu d'enfants, plus elle est exposée à voir ses produits affecter des situations irrégulières, défectueuses ou rester mobiles dans le grand bassin, souvent même se dévier au-dessus et en avant du pubis ; tout cela est acquis et consacré par l'observation clinique. Qu'arrivera-t il si, en l'occurrence, une ampoule pénètre et vient se développer dans la matrice? Par où se dirigera-t-elle? Évidemment vers le point le plus faible, le moins résistant, c'est-à-dire, vers le placenta qu'elle refoule sans que le fœtus s'y oppose le moins du monde, puisqu'il en est généralement éloigné en raison de la multiparité de la mère, tandis qu'elle exercera une pression moindre sur la matrice d'où vient le sang.

Une autre indication de l'application de l'appareil, c'est son emploi comme moyen mécanique pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Parmi les causes nombreuses qui réclament et justifient cette opération, il en est une qui par sa fréquence prime toutes les autres, c'est le rétrécissement du bassin. Or, dans ce cas, le fœtus jouit d'une mobilité telle qu'un rien en modifie l'attitude et qu'on s'évertue en vain pour lui en conserver une qui laisse espérer son expulsion spontanée. Qu'en ces circonstances une vessie se développe globuleusement dans la matrice, elle viendra butter contre la tête au grand risque de la faire dévier, et d'une présentation primitivement favorable en produira une défectueuse.

A ce point de vue l'appareil de M. Chassagny est donc entaché du même défaut que celui de M. Tarnier, de Paris, lequel consiste aussi en une ampoule élastique qui se développe dans l'utérus.

Si je ne me trompe, M. le professeur Wasseige a depuis longtemps signalé ce défaut et publié des faits cliniques, à lui personnels, où semblable procédé avait été pris en flagrant délit de transformation malheureuse de présentation.

M. Van Aubel. — Je crois que cela se trouve rapporté dans le traité de M. Hubert, là où l'auteur fait l'examen comparatif des divers moyens employés pour l'accouchement prématuré artificiel.

M. Hyernaux. — Je ne me trompe donc pas et je tiens plus au témoignage de mes confrères qu'à la relation des cas où semblable mésaventure m'est également plus d'une fois arrivée.

Me voici arrivé à une troisième indication de l'appareil Chassagny : il arrête instantanément, dit l'auteur, l'hémorragie par inertie utérine *post partum*.

Eh bien, je ne puis admettre qu'il soit plus favorable dans ce cas-là que dans ceux que je viens de signaler. De deux choses l'une, ou la vessie pénétrera dans la matrice ou elle n'y pénétrera pas : si elle reste confinée dans le vagin, elle peut bien obturer le col, mais elle constitue alors un mode de tamponnement qui est répudié par tous les maîtres en accouchement.

Il est vrai qu'il n'a plus de perte extérieure, mais cette accalmie est trompeuse et bientôt la situation s'aggrave parce que le sang s'accumule à l'intérieur.

Si la vessie pénètre au contraire, et si elle se développe au point de combler le vide utérin, chose dont je doute parce que le ballon supérieur n'est pas assez vaste pour cela, vous n'aurez peut-être plus momentanément d'hémorragie; mais aurez-vous alors remédié à l'inertie de la matrice? Aurez-vous remis en jeu toutes les forces

contractiles de cet organe? Evidemment, non, et c'est pour cela que le procédé de la vessie — qui n'est autre en somme, mais beaucoup plus défectueux que celui déjà conseillé par Gardien, est, lui aussi depuis longtemps abandonné. Il ne fait donc dans ce cas autre chose qu'un tamponnement local; mais comme j'aurais mauvaise grâce d'en dire ici davantage sur ce point, je m'arrête à ces seules considérations et je suis bien décidé à ne plus revenir sur ce sujet.

M. Lefebvre. — Bien que personne ne demande la parole, je pense qu'il conviendra pour clore la discussion d'attendre la séance prochaine. M. le professeur Hubert aura sans doute quelques dernières observations à présenter.

M. Hyernaux a peut-être mauvaise grâce de se plaindre des changements subis par l'appareil élytro-ptérygoïde; c'est précisément grâce aux indications de notre savant collègue que M. Chassagny a modifié son appareil.

—

M. Hubert devait répondre dans la séance du mois d'octobre, mais son tour de parole n'est pas arrivé. — Il arrivera sans doute en novembre et M. Hyernaux ne perdra rien pour attendre. — Nous publierons la réplique aussitôt qu'elle aura paru.

—

LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE PAR LES INJECTIONS GAZEUSES RECTALES.

Bruen. *Bergen's Method of treating Phthisis* (*Méd. News*, 2 juli).

Shattuck and Jackson. *Six cases of phtisis and one of chronic bronchitis with emphysema and asthma, treated by rectal gazeous enemata* (Ibid).

Pepper and Griffth. *The treatment of phtisis by gazeous enemata* (ib).

Macallum. *The rectal treatment of phtisis (Méd. News*, 23 juli).

Dalton Hays. *The treatment of pulmonary diseases by gazeous enemata* (*The New-York Méd. Journ.* 23 juli).

Satz. *Ueber die Resultate der Bergeon'sche Methode bei der Behandlung von Lungenschwindsucht* (*Deutsche med. Wochenschr.* n° 32, 1887.)

La *Revue Médicale* s'est déjà occupée à plusieurs reprises des injections gazeuses rectales dans le traitement de la phtisie. Nous continuons à recueillir les résultats auxquels les divers expérimentateurs sont arrivés.

Les *Fortschritte der medicin* nous apportent sur ce sujet un résumé de plusieurs travaux publiés, la plupart par des médecins de l'Amérique du Nord, où sous la pression des journaux politiques, la méthode de M Bergen a été beaucoup employée.

Bruen a soigné de cette manière 62 malades, appartenant à toutes les classes de la société. Son travail nous apporte une courte notice sur 39 d'entre eux. Il nous apprend que le traitement a été en général continué pendant longtemps, et qu'il a presque toujours été toléré. Dans 15 cas, les résultats furent négatifs, dans 2 autres, la mort survint pendant le traitement, dans tous les autres cas on nota une amélioration caractérisée surtout par une augmentation de poids. Les histoires sont malheureusement trop courtes, pour qu'il qu'il soit possible de juger si l'amélioration est due aux injections rectales ou à d'autres facteurs. Bruen conclut que la méthode est pleine de valeur pour les affections pulmonaires compliquées de catarrhe bronchique, mais que le climat, l'hygiène et l'alimentation restent les facteurs principaux du traitement de la phtisie.

Shattuck et Jackson expérimentèrent sur 5 malades d'hôpital, porteurs d'une tuberculose avancée; chez cinq, il fallut à cause d'intolérance suspendre bientôt le traitement; chez le sixième, on put le prolonger pendant quatre semaines, mais alors il fallut également y renoncer pour cause de céphalalgie et de malaise. Chez ce dernier, la seule amélioration constatée fut une diminution de l'expectoration. La méthode fut aussi essayée dans un cas d'emphysème avec bronchite, et avec un résultat des plus satisfaisants. Les auteurs concluent à l'inefficacité de la méthode dans la phtisie et attribuent les résultats obtenus en France à l'effet moral. La teneur de leur communication ne permet pas de trouver l'explication de leurs insuccès; ils ont employé, il est vrai, une eau gazeuse artificielle, qui d'après Satz ne serait pas tolérée, mais Bruen, dont nous avons rapporté le jugement plus haut, a fait de même.

Pepper et Griffith ont traité suivant la méthode de M. Bergeon, 34 malades; chez 10, le traitement dut être interrompu pour diverses causes; 3 fois à cause de l'intensité des coliques, qui furent notées à des degrés divers dans 11 cas. Les autres restèrent en traitement pendant 12 à 56 jours. D'après ces expérimentateurs, les résultats obtenus furent minces; ils constatèrent plusieurs fois une diminution de la fièvre, et dans un petit nombre de cas, une amélioration de la toux et de l'expectoration. Ils observèrent aussi quelquefois une augmentation de poids, mais qui pouvait être attribuée aussi aux bonnes conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Le traitement n'eut presqne pas d'effet sur la dyspnée et les sueurs

nocturnes. Quant aux symptômes objectifs. ils ne présentèrent aucune rétrocession. En somme Pepper et Griffith trouvent, eux aussi, que la méthode ne vaut pas les éloges qu'on lui a prodigués.

Hays a traité 12 phtisiques à des stades divers et 2 cas de bronchite. Chez 2 malades les résultats furent négatifs, chez les autres, il nota une diminution rapide de la fièvre, de la toux et de l'expectoration, mais, comme il n'a pas tenu les malades un temps suffisamment long en observation avant de les soumettre aux injections, on ne sait s'il faut attribuer le mieux obtenu à ces dernières ou aux conditions hygiéniques meilleures.

Macallum a employé plusieurs fois la méthode des injections, mais toujours concuremment avec d'autres agents thérapeutiques. Il a remarqué souvent une diminution des secrétions bronchiques et pulmonaires, mais il ne se prononce pas sur la part qui en revient aux injections. Il a observé plusieurs fois des troubles gastriques.

A la clinique de Fraentzel à Berlin, Satz a étudié la méthode sur dix phtisiques, en ayant soin d'exclure tout autre agent thérapeutique auquel on pourrait imputer l'effet obtenu. A la place de l'eau sulfureuse des Eaux-bonnes, il s'est servi de celle de Weilbach qui renferme 5,2 cc. de H_2S par litre. Il a observé que l'acide carbonique seul ou l'hydrogène sulfuré artificiel n'étaient pas tolérés. Les 10 malades se trouvaient déjà depuis longtemps en traitement à l'hôpital; deux d'entre eux étaient légèrement atteints, les autres à des degrés plus ou moins avancés. La durée du traitement fut chez un premier de 9 jours, chez un second de 5 semaines, chez les autres de 6 à 16 semaines. Immédiatement après l'injection, Satz observa presque toujours une diminution passagère de la dyspnée; et quelquefois des coliques qui furent la cause que ce traitement dut être abandonné dans deux cas. Dans 6 cas, parmi lesquels les deux légers, il obtint un apaisement notable des symptômes morbides dès les premiers jours du traitement. Dans deux autres, l'effet fut nul; enfin deux malades succombèrent. Parmi les 6 dont l'état fut amélioré, trois présentaient de la fièvre; elle disparut respectivement après 2 jours, 3 jours et 6 semaines. Chez tous la toux et l'expectoration diminuèrent et le poids du corps se releva (de 2 à 10 livres). De guérison complète, il n'en fut point observé, et les crachats continuèrent à renfermer les bacilles spécifiques. Satz voit dans la méthode des injections rectales une acquisition importante pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. J. D.

—

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE, par ZIEMSSEN. *(Communication au 60e congrès des médecins et des naturalistes allemands à Wiesbaden).*

Avant d'exposer le traitement du rhumatisme articulaire chronique, il est bon de formuler quelques principes généraux :

1° Le rhumatisme articulaire chronique est une affection constitutionnelle et générale. Quand même elle est localisée à une seule articulation, le malade est continuellement exposé à voir les lésions s'étendre.

2° Le traitement doit donc être lui aussi général.

3° Mais la maladie peut être, et c'est la règle, tellement invétérée dans une ou plusieurs articulations, que le traitement général devient insuffisant. Il faut, dans ce cas, le combiner avec un traitement local.

4° Les articulations atteintes présentent presque toujours quelques points douloureux, nettement limités, qu'on peut décéler par la pression.

5° Le rhumatisme articulaire chronique est souvent compliqué de goutte, de blennorrhagie et de syphilis. Dans ce cas, le diagnostic peut être incertain, et s'éclaircir seulement pendant le traitement. Comme complications dues à la même cause que le rhumatisme articulaire lui-même, nous avons le rhumatisme musculaire, les affections rhumatismales des nerfs, du sciatique entre autres, et certaines affections cardiaques.

6° Quand ces diverses complications existent, il faut les traiter pour leur propre compte, ou modifier à leur point de vue le traitement général.

7° La cure ne sera pas interrompue avant la guérison complète, sinon on s'expose à des récidives.

Traitement général. Les malades doivent vivre d'une façon réglée et aussi simple que possible, en tenant compte naturellement des conditions dans lesquelles ils sont placés. Les individus amaigris reçoivent une nourriture abondante et tonique ; les obèses et les gros mangeurs doivent renoncer à tout excès et se contenter d'une ration qui correspond pour la quantité et la qualité aux besoins ordinaires. La bière doit être défendue complètement, car elle retarde l'absorption des exsudats articulaires. Quant au vin, on peut le permettre en petites quantités.

Les malades doivent passer le plus de temps possible au dehors; ceux qui savent marcher sont tenus de se promener; les paralysés sont conduits dans une petite voiture. Ce séjour au grand air active

considérablement les échanges nutritifs, et est une condition essentielle, sur laquelle on ne peut céder ni devant les récriminations des malades difficiles, ni devant le manque d'énergie des apathiques. La meilleure époque de l'année pour ce point du traitement est évidemment la saison chaude. C'est alors aussi que l'on obtient les meilleurs et les plus rapides résultats. La cause en réside dans l'activité plus grande des fonctions cutanées pendant les mois chauds. Or, on sait quel rôle la peau joue dans le rhumatisme. C'est pour exciter ses fonctions davantage encore qu'au début, on ordonne journellement des bains chauds de 35° à 37 C° et plus, avec séjour consécutif au lit. Il est douteux que les eaux thermales agissent autrement que par leur température humide et par le nettoyage incessant auquel elles soumettent les téguments. Les avantages des villes d'eaux doivent être cherchés plutôt ailleurs que dans une vertu particulière de leurs sources, à savoir dans leurs installations pour douches et massage, et dans la possibilité pour le malade de gagner son lit après le bain, sans devoir passer par l'air extérieur, dans le cas où les établissements thermiques sont en même temps des hôtels.

Quant aux vêtements, les chemises, les gilets et les caleçons de laine sont indispensables. On les changera très-souvent pour maintenir la peau très-propre.

Comme médicaments, Ziemssen recommande à partir du début du traitement le salicylate de sodium à hautes doses. On commence par des doses plus petites et on monte jusqu'à 5 à 7 gr. par jour, à prendre, non en plusieurs fois, mais en une fois. Ce mode d'administration présente bien au commencement, il est vrai, quelques inconvénients, tels que nausées, vomissements, bourdonnements d'oreilles et une transpiration abondante, mais il est capital pour la réussite du traitement. On peut du reste dans les stations thermales obvier jusqu'à un certain degré à ces désagréments en faisant prendre le salicylate dans une certaine quantité d'eau minérale. Celle-ci constitue, comme on sait, un excellent excipient pour beaucoup de médicaments. De contre-indications, il n'en existe guère, même quand il y a complication de lésions cardiaques. Celles-ci se montrent au contraire favorablement influencées. L'action du salicylate sur les douleurs articulaires se manifeste souvent avec une rapidité étonnante, dans d'autres cas, au contraire, seulement après un emploi prolongé. Quant aux autres médicaments, aucun ne s'est montré si actif.

Son effet est tellement sûr que, lorsqu'on n'observe pas de diminution des douleurs articulaires, il faut penser à une erreur de diagnostic. Exemple : dans un cas de rhumatisme articulaire chronique du coude droit, le salicylate ne produit aucune amélioration des douleurs;

or, après que le gonflement eut diminué sous l'action du massage, de la douche et du bain chaud, on sentit qu'une partie du condyle interne était détachée de l'humerus, et on apprit que le malade avait fait une chute assez longtemps auparavant. Il s'agissait doncd'une névralgie duc à la pression du cal osseux et du fragment libre. Autre exemple : Rhumatisme articulaire chronique dans le genou gauche. Le traitement, y compris l'administration du salicylate, reste sans effet. On finit par découvrir l'existence d'une goutte militaire et d'un rétrécissement de l'urèthre. Après guérison des deux dernières affections, le soi-disant rhumatisme du genou fut traité avec un succès complet.

Traitement local. Il s'adresse aux articulations gonflées, infiltrées, quelquefois ankylosées, ainsi qu'à celles qui présentent seulement un ou plusieurs points douloureux. Il consiste dans l'emploi combiné du massage et de la douche chaude, pendant que le malade se trouve au bain chaud. Ce traitement ne peut bien s'exécuter que dans les établissements thermiques et la force du jet ainsi que l'endroit d'application doivent être réglés pour chaque cas en particulier. Depuis que Ziemssen a recours à cette méthode, il a abandonné complètement tous les autres topiques, tels que vésicatoires, pointes de feu, teinture d'iode, bandages compressifs et contentifs, etc. Il l'emploie actuellement dans la pseudoankylose qu'il traitait auparavant par le brisement forcé pendant le sommeil chloroformique. Ce dernier procédé procure bien des effets plus rapides, mais ils sont moins définitifs que ceux obtenus par le massage et la douche. Le même mode de traitement fournit également de brillants résultats dans les affections rhumatismales des muscles et des nerfs, surtout du grand sciatique.

Le clinicien de Munich finit sa communication en insistant encore une fois sur la nécessité d'associer, dans toute leur rigueur, le traitement général et le traitement local. J. D.

—

L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE CONTRE LA DIPHTÉRIE, par le Dr C. ROESE (*Therap. Monats.*, n° 10, 1887).

Dans les quatre dernières années, le Dr Roese a traité 60 cas de diphtérie au moyen de l'essence de térébenthine.

2	malades	étaient	âgés	de moins 1 an.
5	—	—	—	de 2 ans.
5	—	—	—	de 3 à 5 ans.
10	—	—	—	de 6 ans.
6	—	—	—	de 7 à 9 ans.
15	—	—	—	de 10 à 15 ans.

10 malades étaient âgés de 16 à 20 ans.
6 — — — de 20 à 30 ans.
1 — — — de plus de 30 ans.

Il en mourut 5. Les 2 enfants en dessous d'un an étaient déjà moribonds, et la mort survint peu d'heures après la première visite. Deux autres malades, une fille de 2 ans et un jeune homme de 15 ans moururent 36 heures après le début de l'affection, qui dès le commencement avait montré une marche foudroyante. Tous les deux présentaient une nutrition excellente; le cinquième mort, au contraire, était un garçon mal nourri et anémique; il mourut après 3 jours.

Quand on décompte les deux premiers insuccès, la mortalité est de 5 %.

L'essence est administrée par cuillerées à café 5 fois par jour. Comme édulcorant, Roese emploie la liqueur d'Hoffman à raison de 1 gramme pour 15 grammes d'essence. Il prescrit en outre toutes les deux heures une cuillerée à soupe d'une solution de salicylate de sodium à 2 %; et ordonne des gargarismes chauds avec du chlorate de potassium à 1 %. A l'extérieur, il fait appliquer une vessie de glace.

Qaand on suit ce traitement, on remarque :

1° Une diminution rapide de la fièvre et de la fréquence du pouls.

2° Une amélioration souvent également rapide des symptômes subjectifs (Céphalalgie et difficultés de déglutition).

3° Une diminution de la durée de la maladie.

4° Un arrêt presque constant des symptômes locaux après la première dose d'essence.

Le danger d'asphyxie ne se montra que chez un malade, âgé de 3 ans, et nécessita la trachéotomie.

Roese a abandonné les badigeonnages, parce qu'il n'en a jamais tiré d'utilité, et que, du reste, ils ne sont pas bien faits par l'entourage du malade.

Chez les sujets anémiques, décrépits, et porteurs de lésions cardiaques, il faut administrer l'essence avec beaucoup de prudence. Même lorsque le cœur bat avec énergie, il est bon de le stimuler On y parvient au moyen de bouillon fort, de vieux porto et de lait. Pour apaiser la soif, on donne de l'eau glacée avec ou sans suc de groseilles.

Dès que la fièvre est tombée, et que les lésions locales s'amendent, on interrompt l'essence de térébenthine. En général 15 à 20 grammes suffisent pour toute la durée du traitement, mais dans quelques cas il a fallu monter plus haut : jusqu'à 60 grammes. Roese n'a pas observé de signes d'intoxication. Il a observé une fois, comme suite de la maladie, des symptômes paralytiques, lesquels ont cédé rapidement à de petites doses d'iodure de potassium. J. D.

DE L'UTILITÉ DU FER DANS LA CHLOROSE.

Dans une communication récente, insérée dans le *Thérap. Monat.*, n° 10, le prof. Ziemssen s'est occupé de l'influence du fer dans la chlorose.

Les opinions diffèrent encore sur le point de savoir si les préparations ferrugineuses ingérées ou introduites dans le tissu cellulaire sous-cutané pénètrent dans la circulation.

D'après Bunge, le fer contenu dans les aliments suffit amplement aux besoins de l'organisme. Toutefois, il peut se faire, sous l'influence de troubles survenus, dans les premières voies que le fer ingéré avec les aliments ne soit pas dissous. et qu'il en résulte une pénurie de fer dans l'organisme : de là la symptomatologie de la chlorose. Le même auteur dit s'être assuré que le fer, injecté directement dans la circulation, n'est d'aucune utilité, puisqu'il s'élimine complètement avec les urines.

Le prof. Ziemmsen s'est appliqué avant tout dans ses recherches à déterminer le contenu du sang en hémoglobine et en globules rouges, chez les sujets sains d'une part, chez les chlorotiques d'autre part.

Il a constaté que, *dans la chlorose, le nombre des globules rouges n'a subi aucune diminution* ou seulement une diminution insignifiante, tandis que *le chiffre de l'hémoglobine* — qui est à l'état normal de 1.446 — *s'abaisse sensiblement* et peut descendre à 1,0, à 0,8 et même à 0,2.

Dans le traitement de la chlorose, l'influence d'une alimentation riche et de bonne qualité est peu appréciable; par contre, l'administration des préparations ferrugineuses, des pilules de Blaud par exemple, restitue très rapidement la proportion d'hémoglobine au sang : le fer injecté sous la peau, par exemple sous forme de pyrophosphate de fer combiné au citrate d'ammoniaque ou de soude, se montre également utile, bien que l'amélioration des malades soit moins rapide.

Le prof. Ziemmsen considère donc comme parfaitement établi que *le fer, administré chez les chlorotiques, est résorbé* et qu'*il intervient directement pour reconstituer la proportion normale d'hémoglobine des globules rouges.*

Il ajoute que les conditions ne sont pas les mêmes chez les anéniques et que l'*utilité du fer, sous quelque forme qu'il soit administré, est nulle ou presque nulle dans l'anémie.*

Les considérations présentées sur la chlorose au Congrès de Wiesbaden, par le Dr Gräber, concordent avec les idées du prof. Ziemssen, son maître. Il s'agit bien dans la chlorose, comme plusieurs auteurs d'ailleurs l'avaient déjà avancé, d'une *oligochroménie* et non

d'une *oligocythémie* du sang; en effet, l'examen du sang dans 28 cas de chlorose a donné à l'auteur invariablement les résultats suivants : nombre des globules rouges normal ou à peu près, hémoglobine notablement réduite; globules blancs normaux, globules rouges plus ou moins altérés dans leur forme et leur volume.

Cet abaissement du pouvoir colorant du sang est propre à la chlorose, et distingue nettement cette maladie de l'anémie.

L'auteur a insisté également sur le peu d'influence des prescriptions diététiques et même du fer à petites doses dans la chlorose; il faut recourir à des doses fortes et, sous ce rapport, les pilules de Blaud constituent véritablement un spécifique d'une action sûre.

Il avoue toutefois qu'il n'a vu dans aucun cas de chlorose le pouvoir colorant du sang revenir complètement à la normale, ce qui lui fait mettre en doute la curabilité de la maladie.

Il relève encore la particularité suivante :

Il a constaté dans le sang des chlorotiques une alcalinité plus prononcée que dans le sang normal; chez les anémiques, au contraire, il y a un abaissement de l'alcanilité du sang : en conséquence, il se demande si le fer n'agirait pas pour guérir la chlorose en diminuant l'alcalinité du sang et il rappelle que l'administration des acides a été recommandée dans la chlorose par plusieurs auteurs.

L. D.

—

L'ERGOT DE SEIGLE DANS LES MALADIES DU CŒUR.

D'après le Dr O. Rosenbach *(Berlin. Kl. Woch.* 1887, n° 34*)*, si la digitale ne parvient pas à corriger les troubles de la compensation dans un certain nombre de maladies de l'orifice aortique, c'est que les causes de ces troubles ne résident pas toujours dans le muscle cardiaque ; qu'arrive-t-il en effet ? Sous l'influence de l'hypertrophie consécutive du ventricule gauche, les tuniques artérielles sont brusquement soulevées par une ondée sanguine de forte tension, et perdent petit à petit leur élasticité; la perte de l'élasticité des artères coronaires atteintes de bonne heure retentit d'une manière fâcheuse sur le muscle cardiaque lui-même : la dilatation de ces artères, la sclérose de leurs parois compromettent la nutrition de la fibre musculaire et en préparent la dégénérescence graisseuse. On comprend que, dans ces conditions, la digitale se trouve impuissante à surmonter les troubles circulatoires qui reconnaissent ainsi une double origine (lésion de l'orifice, perte de l'élasticité des coronaires). Il y a lieu dans ces cas de chercher à relever directement la tonicité des tuniques artérielles, et il semble que c'est à l'*ergot de seigle* dont l'action excitante sur la fibre lisse est bien connue qu'on doit s'adresser.

On l'emploiera, soit en infusion (10 à 15 grammes pour 150) soit comme ergotine (2 à 4 gr.) soit seule, soit en combinaison avec la digitale.

L'auteur a obtenu par ce moyen, dans les cas signalés, les résultats les plus satisfaisants ; il a étendu l'emploi de l'ergot au traitement des *dilatations idiopathiques du cœur*, accompagnées de perte de la contractilité des vaisseaux, et au traitement de la *sclérose artérielle* en général.

Le plus souvent, l'influence de l'ergot sur le pouls, les accès cardialgiques, la dyspnée et l'anurie fut immédiate, bien que parfois passagère ; dans les cas de maladies du cœur avec anasarque ancienne et dans ceux, où les troubles de compensation ne résident pas dans les parois artérielles, l'ergot n'est naturellement pas indiqué. L. D.

—

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE ET DE LA NÉVRALGIE FACIALE PAR LA SECTION ET LA CAUTÉRISATION DE L'HÉLIX.

Le *Journal de médec. et de chirurg. pratiques* (sept. 1887) a analysé un travail du Dr Grout, de Rouen, sur un traitement empirique de la migraine, dont l'origine remonterait à la plus haute antiquité.

L'auteur a expérimenté ce traitement sur près de 600 malades, mais il ne s'occupe que de la dernière série de ses opérés, qui se compose de 348 sujets; sur ce nombre, le résultat définitif du traitement n'a pu être connu que dans 169 cas et il a donné 156 succès et 11 insuccès seulement avec un chiffre très restreint de récidives.

Le traitement en question consiste dans un vieux procédé chirurgical dont la pratique s'est conservée dans les classes populaires.

C'est sur l'origine de l'hélix, au dessous de l'anthélix, qu'on porte l'instrument : on sectionne l'hélix, cartilage compris, très près de la scissure qui le sépare du tragus : mais il convient d'ajouter à la section la cautérisation ; pour pratiquer celle-ci, le cautère actuel mérite la préférence.

Le Dr Grout se sert pour l'opération d'un instrument spécial qui n'est qu'une petite lame de fer d'un centimètre de largeur renfermée dans une gaîne et la dépassant d'un centimètre à peu près.

La gaîne étant appliquée solidement sur l'hélix, on y introduit la lame de fer dont l'extrémité est chauffée à blanc, et, en la poussant à fond d'un petit coup sec, on sectionne l'hélix et son cartilage : on laisse le cautère en place une ou deux secondes.

Au besoin, on recommence de la même manière pour l'autre oreille.

L'opération serait assez douloureuse, mais beaucoup moins que l'extraction d'une dent.

Deux ou trois semaines sont nécessaires pour la cicatrisation de la petite brûlure, dont l'avantage serait de retarder le moment de la cicatrisation : la simple ponction de l'hélix serait insuffisante.

Généralement, le bénéfice de l'opération ne se déclare qu'au bout de 15 à 20 jours, c'est à dire, quand la cicatrisation de la brûlure est opérée ; cependant il est quelquefois immédiat.

L'utilité de l'opération reposerait sur ce fait que, dans le point opéré, convergent par la face interne du pavillon de l'oreille plusieurs rameaux nerveux provenant du facial, du plexus cervical et du trijumeau : ce serait une véritable névrotomie, dite *névrotomie auriculo-temporale.*

La même opération réussirait également dans certains cas de sciatique.

En somme, le procédé n'est pas nouveau, mais l'expérience étendue acquise par l'auteur et les succès qu'il a obtenus le recommandent de nouveau à l'attention des praticiens, d'autant plus qu'il est simple et inoffensif, et qu'il ne nécessite nullement l'emploi d'un instrument spécial.

Ce travail nous a remis en mémoire un cas de névralgie rebelle du trijumeau que nous avons observé autrefois chez une jeune femme ; tous les remèdes usuels échouèrent entre nos mains, comme ils avaient échoué entre les mains de plusieurs autres confrères ; de guerre lasse, la patiente alla s'adresser à un empirique qui pratiqua sur l'hélix du côté malade la petite opération que nous avons décrite. La section fut faite au moyen d'un instrument tranchant, la cautérisation avec un liquide chimique quelconque.

La patiente revint notablement soulagée et, au bout de quelques jours, elle fut délivrée des douleurs atroces qui ne lui avaient laissé pour ainsi dire depuis près d'un an de repos ni jour ni nuit.

La guérison se maintint pendant plus de deux mois ; les douleurs revinrent alors avec leur acuité d'autrefois : la malade alla retrouver le guérisseur qui pratiqua de nouveau l'opération : le bénéfice fut cette fois notablement moindre que la première fois, et très passager, mais nous devons ajouter que la malade mourut deux années plus tard avec les symptômes d'une affection cérébrale.

L. D.

—

TRANSFUSION, INFUSION ET AUTO-TRANSFUSION.

Le prof. Nussbaum, de Munich, étudie dans le *Therap. Monatshefte* (1887, n° 10) la valeur comparative de la transfusion, de l'infusion et de l'auto-transfusion.

Il rappelle d'abord les modifications nombreuses qu'a subies la pratique de la transfusion : on a fait passer directement le sang chaud de veine à veine; on s'est servi de sang défibriné ou non défibriné, de sang humain ou de sang d'un animal; on a pratiqué l'injection dans les veines, dans les artères, dans la cavité péritonéale, dans le tissu cellulaire sous-cutané; on a remplacé le sang par des mélanges de composition variée : du lait, des solutions alcalines ou sucrées.

On peut juger par le seul fait de la multiplicité des procédés qu'aucun n'a suffisamment fait ses preuves ni ne mérite la préférence.

On retrouve d'ailleurs la même diversité dans les opinions des auteurs sur la transfusion : les uns ont célébré les avantages de la méthode avec enthousiasme, quelquefois en se basant simplement sur les résultats immédiats obtenus sur un chien exsangue dans un laboratoire de physiologie; certains d'entre eux ont même été jusqu'à penser qu'on pourrait, par l'injection de sang d'agneau, calmer les passions d'un homme vicieux ou emporté; les autres, au contraire, ont condamné la transfusion comme inutile, voire même comme dangereuse.

L'auteur examine les notions acquises à la science sur ce sujet :

Il est prouvé que le contact d'un sang étranger amène dans le sang normal la formation d'hémoglobuline et de fibrine; par suite, des coagulations étendues peuvent se produire et entraîner la mort du sujet transfusé; et il ne faut pas croire que ces inconvénients n'existent pas avec le sang exactement défibriné; il a même été prouvé qu'on peut tuer un animal sain en lui injectant à nouveau une partie de son propre sang défibriné; le serum sanguin lui-même renferme assez de fibrine-ferment pour que son injection devienne dangereuse.

Il en résulte que la mort du sujet transfusé peut survenir du fait de l'opération, soit déjà pendant la transfusion, soit plus tard, consécutivement aux thromboses produites.

Peu importe, fait remarquer l'auteur, qu'on prenne pour la transfusion du sang retiré des capillaires au moyen de ventouses scarifiées, ou du sang des artères et veines; peu importe qu'on se serve de l'un ou de l'autre des nombreux appareils inventés pour la transfusion.

De temps en temps, on publie un cas heureux de transfusion; il est immédiatement suivi de la publication d'un cas malheureux, et encore, parmi les cas malheureux, combien ne sont pas publiés !

Il n'en est pas moins vrai que de véritables résurrections ont été obtenues par la transfusion, soit que l'impulsion d'un sang nouveau ait réveillé la vie prête à s'éteindre, sans provoquer d'intoxication, soit que les symptômes d'intoxication se soient rapidement dissipés; presque toutes les méthodes ont fourni des succès, la transfusion

directe, même la transfusion du sang d'un animal, ou l'injection d'une solution alcaline.

Mais aussi, on a eu des déboires avec toutes les méthodes; si l'on emploie le sang non défibriné, la mort sera provoquée par l'entrée de l'air dans les vaisseaux ou par la formation de thromboses; s'il s'agit de sang défibriné, on aura à craindre la formation de l'hémoglobuline d'une part, et de là, l'élimination par l'urine des globules sanguins détruits; la production de la fibrine-ferment, d'autre part, partant, des coagulations étendues.

En outre, dans toute opération de transfusion ou d'infusion, il faut rédouter la septicémie, si l'on ne prend les précautions antiseptiques nécessaires.

L'injection dans les artères semble moins dangereuse, les flocons de fibrine étant retenus dans les capillaires, mais elle ne met cependant pas à l'abri de l'intoxication par la fibrine-ferment.

L'injection de sang dans le péritoine réclame des précautions minutieuses pour assurer l'asepsie; en outre, elle fait perdre un des principaux avantages de la transfusion en général, à savoir, la promptitude d'action du secours apporté à l'organisme en *détresse*.

L'injection de sang dans le tissu cellulaire est encore sous ce rapport plus désavantageuse, à cause de la lenteur plus grande de l'absorption.

En fin de compte, comme *les divers procédés de la transfusion du sang exposent à des inconvénients ou à des dangers* : coagulations, élevation de la température, épanchements dans les cavités séreuses (plèvre, péricarde, péritoine), hémorrhagies à la surface des muqueuses, troubles divers de la nutrition, *on a proposé de recourir à l'injection dans les vaisseaux de solutions artificielles diverses*; c'est ce que l'auteur appelle l'*infusion*.

Les expériences avec le lait ont été généralement fatales, à cause des embolies produites; les solutions de chlorure de sodium, ou encore les solutions légèrement alcalines, (par exemple : 1 litre d'eau, 1 cuillérée à café de sel de cuisine et 5 gouttes de potasse caustique). sont généralement préférées : elles ne produisent souvent qu'un léger accès de frisson pour tout symptôme incommode; *la technique de l'infusion est d'ailleurs plus simple que celle de la transfusion*; on a à éviter simplement l'entrée de l'air dans les vaisseaux ou l'infection septique.

D'ailleurs, si nous considérons le mécanisme de la mort par perte de sang, nous remarquons que le danger vient, non pas d'un défaut dans la qualité du sang, mais bien d'un défaut dans la quantité, le liquide en circulation n'étant plus assez abondant pour maintenir

dans les vaisseaux la tension nécessaire à la conservation de la vie; il en résulte que, *pour sauver la vie menacée par suite d'hémorragie, il importe peu, au moins au point de vue de l'effet immédiat, qu'on injecte dans le courant circulatoire du sang défibriné ou non, du sang d'un être de la même espèce ou d'une espèce différente, du sang ou une solution artificielle saline et alcaline*; car, dans tous les cas, les artères sont distendues par le liquide injecté et la pression du courant circulatoire augmentée.

Après les pertes de sang, en particulier, les centres vaso-moteurs sont stimulés par l'anémie, les artères se contractent et expriment leur contenu dans les vaisseaux veineux : *c'est dans les organes les plus importants pour la vie, la moëlle allongée et le cœur, que le défaut de tension artérielle a le plus d'importance.*

Il va de soi que la nature du liquide injecté n'est plus indifférente, si, au lieu de considérer l'effet immédiat de la transfusion, on envisage l'apport de matériaux nutritifs; mais, sous ce rapport, il n'y a pas d'urgence, d'après l'auteur. Il estime que les sucs parenchymateux par lesquels se fait la nutrition des cellules des organes essentiels sont assez abondants pour assurer l'intégrité de ceux-ci pendant quelques jours encore, après que tout apport nouveau de liquide nutritif a cessé; il trouve une démonstration de ce fait dans les phénomènes consécutifs à la ligature des carotides; ce n'est pas immédiatement après l'opération qu'éclatent l'aphasie et les autres symptômes alarmants, mais, en moyenne 5 ou 6 jours après, c'est à dire, lorsque la valeur nutritive des sucs du parenchyme cérébral est épuisée.

De même, après une perte abondante de sang, si la mort ne vient pas sur le champ, elle se fait communément attendre jusqu'au cinquième ou sixième jour et c'est alors, et non le premier jour, que la faiblesse est la plus grande.

En résumé, *dans la transfusion, nous n'avons à envisager que l'effet immediat, le relèvement de la tension du courant circulatoire, et consécutivement, la stimulation des organes indispensables à l'entretien de la vie.*

En conséquence, conclut le prof. Nussbaum, nous choisirons, pour remplir l'arbre circulatoire dans l'opération de la transfusion, celui des différents liquides proposés qui présente le moins de dangers; ce ne sera ni le sang pur ou défibriné, ni le sang d'un sujet de la même espèce ou d'une espèce différente, ce ne sera ni le sérum sanguin ni le lait, mais *une solution de chlorure de sodium rendue légèrement alcaline;* on y ajoutera, si l'on veut faire quelque chose pour la nutrition, un peu de sucre, comme substance nutritive à action rapide.

Toutefois, *les injections de solutions salines dans le courant san-*

guin ont elles mêmes quelques inconvénients et quelques dangers ; ainsi, il faut toujours soigneusement éviter l'introduction d'air dans les vaisseaux, puis veiller scrupuleusement à la désinfection des mains, des instruments et de tout ce qui sert à l'injection.

Malheureusement, toutes *ces précautions font perdre un temps précieux.*

Depuis 1857, époque où il pratiqua avec un succès relatif sa première transfusion, Nussbaum tient toujours sous la main, soigneusement désinfectés et à l'abri de la poussière, tous les objets nécessaires pour les injections dans les vaisseaux, et néanmoins, dans les cas où la transfusion a été indiquée, il lui a toujours fallu une demi heure au moins avant de commencer l'injection : or, pendant cette demi-heure, le sujet exsangue peut avoir cessé d'exister.

Au point de vue du *résultat pratique* « j'ai fait, dit l'auteur, dans le cours de ma carrière 19 fois la transfusion, et je n'ai la conviction d'avoir sauvé la vie par ce moyen que dans deux de ces dix-neuf cas seulement. »

Ces deux cas, qu'il rapporte en détail, concernent l'un, une jeune personne épuisée par des hémorragies intestinales abondantes dans le cours d'une fièvre typhoïde, l'autre, une jeune personne anémique arrivée au dernier degré de l'inanition : dans les deux cas, il n'y avait plus de pouls radial, et Nussbaum injecta dans les veines du bras deux cents grammes de son propre sang : les autres cas concernent des hémorragies après l'accouchement, après des traumatismes graves, ou des cas d'empoisonnement ou de débilité extrême d'origine diverse : les forces ont paru relevées dans certains cas de maladies chroniques ; dans les hémorragies, la transfusion est plusieurs fois arrivée trop tard, deux fois, la mort est survenue immédiatement après l'intervention.

En somme, l'auteur n'a pas gardé une impression favorable de ses opérations de transfusion ; la littérature médicale sur ce sujet n'est guère plus encourageante : on a publié quelques cas heureux, mais, en général, sans indiquer ce qu'il était advenu du tranfusé au bout de quelques jours ; et, si plusieurs fois, l'effet immédiat a été satisfaisant, il est incontestable qu'on peut l'obtenir aussi sûrement et à moins de risques par les injections salines, c'est à dire par l'infusion plutôt que par la transfusion.

Quoi qu'il en soit, en considérant d'une part les inconvénients divers, qui résultent de l'emploi de la méthode : fièvre, dyspnée, épanchements dans les cavités séreuses, hémorragies des muqueuses, et les précautions minutieuses qu'il faut prendre pour éviter les dangers de thromboses, d'embolies, d'entrée de l'air ou d'empoisonne-

ment septique, et en considérant d'autre part, les minces avantages obtenus, l'auteur se trouve amené à rejeter la transfusion et l'infusion, et il recommande vivement l'*auto-transfusion*, c'est à dire, la méthode qui consiste à refouler le sang du sujet vers les organes importants de l'économie :

L'auto-transfusion peut être appliquée sans perte de temps : elle n'exige aucun préparatif, aucun instrument; on peut y recourir partout et toujours.

Ainsi, il n'y a ni à défibriner, ni à filtrer le sang, il n'y a à craindre ni l'apport dans les vaisseaux d'un sang étranger à l'économie, ni l'entrée de l'air dans les vaisseaux, ni la septicémie, ni l'empoisonnement du sang par la fibrine-ferment et les coagulations qui en dépendent.

Voici la manière d'employer cette méthode :

Au moyen de la pression des mains ou du massage, on refoule le sang accumulé dans les veines des organes abdominaux.

On place la tête dans une situation déclive et on élève les extrémités. Le sang. qui reste encore dans les vaisseaux, obéissant aux lois de la pesanteur, va ainsi s'accumuler dans la moëlle allongée et le cœur et y ramener la tension vasculaire nécessaire à l'entretien de la vie.

Toute la manœuvre réclame à peine une minute, et, s'il s'agit de prolonger l'effet utile obtenu, on chargera l'abdomen après le massage d'une pierre ou d'un livre pesant. et on enveloppera les membres relevés d'une bande roulée, de préférence, d'une bande élastique

Dans le cas d'hémorragie, on cherchera naturellement avant tout à l'arrêter par la ligature ou le tamponnement.

Les avantages du refoulement du sang dans la moëlle allongée et le cœur sont aussi appréciables dans les cas d'empoisonnement, accompagnés, comme l'intoxication chloroformique, d'anémie cérébrale, que dans les cas de pertes de sang.

« Je pourrais, dit l'auteur en terminant, citer un grand nombre de cas où l'auto-transfusion a dissipé rapidement les signes de la mort apparente, fait disparaître en un instant la perte de connaissance et a donné des succès que la transfusion ne donne guère l'occasion d'observer. Outre ses succès, l'auto-transfusion a en sa faveur deux qualités précieuses : son innocuité et la rapidité de l'intervention.

L. D.

DES AVANTAGES DE LA SUTURE SECONDAIRE EN CHIRURGIE.

Il a été fait mention jadis dans la *Revue* de la suture secondaire, préconisée par le prof. Kocher, en combinaison avec l'emploi du sous-nitrate de bismuth, dans le but de supprimer le drainage des plaies.

Dans le *Münch. medicin. Wochensch.* (1887, n° 21), le professeur Helferich, de Greifswald, a cherché à montrer l'utilité de la suture secondaire ou tardive en général : d'après lui, le chirurgien ne sera plus embarrassé, dans certains cas déterminés, de savoir s'il doit recourir à la suture immédiate sous le couvert de l'antisepsie ou si la prudence n'exige pas qu'il laisse la plaie ouverte : la suture secondaire lui fournit en effet pour les cas de cette nature le moyen de *combiner les avantages divers de la réunion par première intention avec la sécurité que donne le traitement à ciel ouvert.*

Braman a rapporté les succès obtenus par ce procédé à la clinique du prof. Bergmann : la suture secondaire y est appliquée ordinairement le second jour après l'opération, quelquefois le troisième ou le quatrième, au plus tard le sixième jour; elle est en usage après les opérations pratiquées contre les affections tuberculeuses, particulièrement après les résections articulaires, ensuite pour le traitement des plaies avec cavités *(höhlenwunden)*, où il est difficile d'assurer immédiatement l'hémostasie et où par conséquent il convient de surveiller quelque temps la cicatrisation.

De son côté, le prof. Helferich divise en quatre groupes les lésions où la suture secondaire est avantageuse ou nettement indiquée :

I. Dans le premier groupe, se trouvent *les cas où l'on opère dans les tissus enflammés ou suspects*; par exemple, après les opérations pour les affections septiques : ainsi, après une amputation pratiquée dans des tissus de cette nature, la suture immédiate a ses dangers, et on fera bien de laisser la plaie non réunie sous le pansement antiseptique; seulement, afin d'éviter les inconvénients de la longue durée de la cicatrisation, on fermera ultérieurement la plaie par la suture, et cela, dès qu'on pourra le faire avec succès, c'est à dire, dès qu'il n'y a plus à craindre une inflammation locale ou de la fièvre.

C'est l'état de la plaie d'une part, l'état de la température d'autre part qui donnent les indications à ce sujet.

Dans le traitement des *abcès, des bourses muqueuses suppurées*, la suture secondaire a également des indications fréquentes.

Voici quelle est la manière de faire de l'auteur :

Si l'instrument a porté sur des tissus simplement suspects, il applique, dans l'intervalle qui s'écoule entre l'opération et la suture, un pansement antiseptique absorbant, dessicateur; au contraire, quand l'instrument a ouvert des tissus enflammés, comme pour l'incision des phlegmons et des abcès, il se sert de préférence d'un pansement antiseptique humide, par exemple, de compresses trempées dans une solution à 3 % d'acétate d'alumine, renouvelées tous les jours.

Après la suture secondaire, à laquelle Helferich ajoute toujours le

drainage, le premier pansement demeure 8 ou 10 jours en place; comme, dans l'intervalle, les sutures peuvent couper les tissus, il est bon d'assurer la réunion par quelques bandelettes de taffetas ; on obtient leur asepsie en les trempant rapidement dans une solution phéniquée chaude.

II. Dans le second groupe, se placent toutes les *opérations pratiquées dans les tuberculoses chirurgicales, c'est à dire dans la plupart des opérations sur les os ou les articulations* : les résultats sont très avantageux, mais, comme le reconnaît l'auteur, ils sont dus en grande partie aux avantages suivants du tamponnement à la gaze iodoformée pratiquée après l'opération : action antituberculeuse du médicament, hémostasie complète, fermeture des gaînes tendineuses ouvertes. stimulation des tissus et production de granulations, enfin absorption des exsudats et maintien de l'antisepsie.

La suture secondaire viendra tardivement après les résections de la hanche ou de l'épaule, mais, après la résection du genou, elle devra être plus précoce, à cause du bourgeonnement plus rapide des surfaces traumatiques

Il convient d'ajouter que l'auteur n'applique pas le tamponnement à la gaze directement sur les surfaces osseuses mises à nu par l'opération, mais qu'il les recouvre d'abord de protective, afin d'éviter que la gaze ne s'insinue dans les mailles osseuses et ne soit ensuite difficile à retirer.

III. Dans le troisième groupe, se rangent un certain nombre de plaies qui, n'occupant ni des tissus suspects d'infection ni des tissus tuberculeux, se trouvent également bien du tamponnement antiseptique après l'opération et de la suture tardive.

Ce sont d'abord *les plaies où l'on a été forcé de recourir au tamponnement à cause d'une hémorragie sérieuse, impossible ou difficile à arrêter autrement;* au bout de 6 à 8 jours, on abrégera notablement la durée du traitement par la suture secondaire.

Ce sont ensuite *toutes les plaies profondes, anfractueuses avec évidement et perte de substance (höhlenwunden);* le tamponnement absorbe les sécrétions des premiers jours, et, si l'on voit ensuite que les surfaces traumatiques ont bel aspect, que les sécrétions ne sont pas altérées, on recourra après deux jours ou plus tard encore à la suture.

Ce sont enfin *toutes les plaies vastes d'amputation ou autres que l'on doit panser rapidement, sans assurer d'abord l'hémostasie, soit que l'on manque d'aides suffisants, soit que le temps fasse défaut, comme il arrive si souvent dans la chirurgie de guerre;* on ira alors au plus pressé en liant les gros troncs vasculaires, puis, on tampon-

nera le fond de la plaie de gaze iodoformée ou au sublimé, on ramènera les parties molles, pour les fixer par un bandage modérement serré, et, au bout de quelques jours, on fera la suture.

IV. Dans le quatrième groupe, nous trouvons *les opérations qui portent sur l'anus ou l'urèthre ou sont situées dans le voisinage de ces orgaues;* la réunion par la suture au second jour ou plus tard sera utile dans les cas où il n'y a pas de contreindication : d'ailleurs, si la suture vient à échouer, on sait qu'il n'y a plus tant à craindre aujourd'hui qu'autrefois l'infiltration d'urine ou les phlegmons.

En résumé, Helferich s'est assuré par une expérience suffisante que, *depuis le moment où elle est produite jusqu'au moment où elle est complètement comblée par les granulations, une plaie est apte à se réunir aussi bien par la suture secondaire, que s'il s'agissait d'une réunion par première intention; la seule condition exigée, c'est que les tissus soient maintenus aseptiques;* ainsi, les dépôts fibrineux qu'on observe sur les surfaces divisées après l'enlèvement du tamponnement préalable et les parcelles de tissu nécrosé qui peuvent les recouvrir ne s'opposent pas au succès de la réunion secondaire. L. D.

—

DE QUELQUES PROPRIÉTÉS DU BORAX.

A la Société médicale de Berlin, Liebreich a rendu compte récemment (27 juillet 1887) des recherches qu'il avait établies dans le but de savoir si un usage prolongé du borax pouvait être nuisible à l'organisme.

La question avait d'autant plus d'importance que, dans ces derniers temps, l'usage s'est répandu de conserver le poisson pour l'alimentation au moyen de l'acide borique, et que des idées erronées ont cours dans la science au sujet de l'action physiologique de cette substance.

Ainsi, Trousseau et Pidoux eux-mêmes ont considéré le borax comme un astringent et un irritant, bien qu'il ne possède aucune propriété de cette nature; le borax est une substance légèrement alcaline, et, ce qui le prouve suffisamment, c'est qu'elle est capable de redissoudre l'albumine coagulée : en application sur les plaies, sur les plaies des muqueuses en particulier, le borax exerce une action sédative et calmante à tel point qu'on lui a donné le nom d'*anesthésique minéral.*

On sait peu de chose au sujet de l'*action interne* du remède; car on peut dire que la toxicologie des préparations d'acide borique n'existe pas : des doses même considérables ne déterminent pas d'empoisonnement.

La muqueuse gastro-intestinale les supporte parfaitement, et des quantités de 3 à 4 grammes passent à peu près inaperçues dans l'économie; seulement, il est acquis que les préparations boriquées augmentent l'activité des reins et provoquent une excrétion plus considérable d'acide urique.

Quant à l'action excitante du borax sur la fibre utérine, qui l'avait fait préconiser en lieu et place de l'ergot de seigle, elle est controuvée : au contraire, il modère l'excitabilité de l'utérus.

Le borax et l'acide borique ont la propriété de dissoudre l'acide urique et possèdent à ce titre une action diurétique et calmante sur la fonction rénale.

Liebreich résume l'état de nos connaissances sur le borax en insistant sur *son innocuité aux doses légères ou même fortes* et *sur son utilité thérapeutique à doses relativement élevées comme agent dissolvant des principes urinaires.*

En ce qui concerne la *conservation du poisson de mer*, le procédé consiste à combiner l'emploi d'une solution légère d'acide borique, insuffisante par elle seule pour assurer la conservation, avec l'emploi de la pression portée à 6 atmosphères. L'auteur a examiné des poissons qui avaient été soumis à ce traitement et les a trouvés en bon état au bout de plusieurs semaines de conservation.

On dépose en pleine mer le poisson qui doit être conservé de cette manière dans des tonneaux en fer *ad hoc* renfermant la solution boriquée, et on donne au contenu après fermeture du tonneau la pression exigée au moyen d'une pompe.

Le poisson retiré des tonneaux ne se conserve que pendant quelques jours : ce qui prouve que l'acide borique à lui seul ne peut assurer sa conservation.

D'après les recherches de Stein, un kilogramme de poisson ainsi traité renferme à peu près deux grammes d'acide borique, mais les trois quarts environ de cette quantité sont enlevés par l'ébullition : il en résulte que, après un repas copieux où l'on aurait consommé par exemple 500 grammes de poisson, on n'aurait ingéré que un quart à un demi gramme d'acide borique : l'*usage journalier d'une dose aussi faible ne saurait nuire à la santé.*

L. D.

ENERGIE DE L'ACIDE SALICYLIQUE, DU THYMOL ET D'AUTRES NOUVEAUX ANTISEPTIQUES.

Le Dr Samter, de Berlin, a étudié dans un travail étendu les propriétés de quelques substances utilisées comme antiseptiques en mettant à profit les procédés actuels d'investigation. Il rappelle que les

antiseptiques en général peuvent manifester leur énergie de deux façons différentes; d'une part, en tuant les organismes dont la pullulation est la cause de la suppuration et des diverses maladies des plaies; d'autre part, en s'opposant simplement au développement des organismes par leur présence dans les liquides de culture.

Un exemple fera saisir la différence d'action : si l'on met des spores de la bactérie du charbon en contact avec une solution de sublimé, les spores sont tuées, et partant, tout développement dans un liquide quelconque est devenu impossible. Si l'on met les spores en question dans un liquide nutritif additionné d'alcool en proportion suffisante, ou dans de l'alcool absolu, les spores se trouvent incapables de végéter aussi longtemps qu'elles se trouvent dans le liquide alcoolique, mais, si on les transporte de ce liquide dans un autre liquide nutritif quelconque, elles se mettent à végéter comme des spores vierges de tout contact avec une substance antiseptique.

Si nous pouvons dire d'après cela que le sublimé et l'alcool ont tous les deux des propriétés désinfectantes, nous devons reconnaître qu'ils n'agissent pas tous les deux de la même manière : le premier est un antiseptique dans le sens propre du mot : il est microbicide; le second met simplement obstacle à la végétation des microbes, mais ne les tue pas : son action est empêchante, inhibitoire, d'après le mot anglais *inhibitory*.

L'auteur a obtenu, de l'acide salicylique, du thymol, de l'aseptol et du sérum au sublimé proposé par Lister, les résultats suivants.

Acide salicylique. En solution aqueuse, il possède une action microbicide faible sur diverses variétés de microbes à l'état de siccité (fils de soie desséchés après avoir été imprégnés de microbes); en solution dans l'alcool et la glycérine, il est absolument inactif, comme l'acide phénique dans les mêmes conditions; sur les microbes à l'état humide, c'est à dire renfermés dans les liquides nutritifs, il est plus actif, mais dans les deux cas notablement inférieur à l'acide phénique : ainsi, tandis que le staphylococcus aureus humide est tué en 8 secondes par une solution phéniquée à 2 p. 100, il n'est tué qu'au bout de une heure ou deux par la même quantité d'acide salicylique.

Au contraire, l'acide salicylique s'est montré supérieur à l'acide phénique en ce qui concerne l'obstacle apporté au développement des microbes dans les liquides nutritifs; il arrête, par exemple, la végétation du staphylococcus aureus dans la proportion de 1 p. 1000 dans le liquide de culture, tandis que l'acide phénique ne l'arrête que dans la proportion de 1 p. 850.

Thymol. L'énergie microbicide du thymol s'est montrée très faible, notablement plus faible que celle de l'acide salicylique.

Au contraire, le thymol s'est montré très actif pour empêcher le développement des microbes : ainsi, il a suffi d'ajouter 5 grammes d'une solution de thymol au millième pour arrêter la végétation du staphylococcus aureus dans 10 grammes de gélatine nutritive, et 3 grammes seulement pour arrêter celle du bacille charbonneux : le thymol supprime ainsi tout développement du premier organisme à la dilution de 1 pour 3000 dans le liquide de culture, celle du second à la dilution de 1 pour 4000.

Le thymol surpasse ainsi de beaucoup l'acide phénique et l'acide salicylique, en ce qui concerne l'action empêchante, inhibitoire.

Aseptol. Nous avons publié dans la *Revue* (avril 1887) les résultats avantageux obtenus par Hueppe au moyen de l'aseptol.

Le Dr Samter n'a pas constaté les mêmes résultats, ce qu'il est tenté d'attribuer à la nature différente du produit fourni par le commerce.

Les spores du charbon ont résisté 24 heures à une solution à 10 % d'aseptol, les coccus pyogènes une heure à l'état sec, trente minutes à l'état humide.

L'énergie empêchante de l'aseptol a été faible également : un gramme d'aseptol pur ne rend réfractaire à la végétation microbienne que 100 grammes de liquide nutritif, c'est la dilution de 1 p. 100.

Sérum au sublimé. On sait que Lister avait proposé un sérum chargé de sublimé dans le but d'empêcher la prétendue action irritante sur la peau des solutions aqueuses de sublimé ; le Dr Samter a confirmé les résultats obtenus par Lister avec cette préparation, en ce sens que le sérum fortement chargé de sublimé n'a pas de propriétés microbicides, mais une action inhibitoire assez marquée (1 p. 200 dans les liquides de culture pour les coccus du pus).

Conclusions. Tous les antiseptiques cités, que l'on désigne habituellement sous le nom d'antiseptiques faibles, se sont montrés faibles en effet comme microbicides ; mais l'acide salicylique et surtout le thymol se sont montrés très énergiques dans leur action inhibitoire sur le développement des organismes : à ce titre, ils pourraient intervenir utilement dans les pansements, non pas quand il s'agit de détruire des organismes en développement, comme sur des plaies en suppuration, mais seulement quand il s'agit d'empêcher simplement la végétation de microbes, comme sur des plaies fraîches. L. D.

—

L'INFECTION PAR CONTACT ET PAR L'AIR ET LES MOYENS DE LA PRÉVENIR,

par H. KÜMMEL (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1886, B. 33).

Depuis que nous savons que presque toutes les complications des plaies sont l'œuvre des microbes, la désinfection de tout ce qui entre

en contact avec les plaies : instruments, éponges, mains de l'opérateur, air ambiant, doit intéresser au plus haut degré le chirurgien, et former l'objet de ses principales sollicitudes.

Or, la publication du Dr Kümmel a précisément pour but de nous apprendre un moyen de désinfection à la fois sûr, rapide et simple, et ses conclusions sont d'autant plus précieuses qu'elles sont fondées sur des recherches bactériologiques qui seules peuvent nous renseigner sur la valeur des désinfectants.

L'auteur commence par établir que l'infection n'est possible que par deux voies : 1° *par contact*, c'est à dire par les instruments, les éponges, les objets de pansement, et les mains de l'opérateur, 2° *par l'air*.

Infection par contact.

Pour juger du degré d'asepsie des instruments, des éponges et des pièces de pansement, Kummel les soumet à divers procédés de désinfection et les porte ensuite dans des milieux de culture divers, tels que la gélatine peptone, l'agar peptone et le serum coagulé. Quand après plusieurs jours, il ne constate aucun développemeut, il juge que la désinfection a été complète.

Désinfection des instruments. Voici quelques-unes de ses expériences.

Quand on laisse un instrument fraîchement repassé et sans souillure apparente, pendant 2 minutes dans une solution d'acide phénique à 5 % et qu'on le plonge ensuite à plusieurs reprises dans la gélatine, on voit après plusieurs jours le long des piqûres et des incisions, apparaître des colonies de diverses espèces de microbes. Quand, avant de mettre l'instrument dans la même solution d'acide phénique, on le nettoie au préalable avec une brosse, le développement est moindre.

Avec une solution à 3 %, les résultats sont encore moins satisfaisants. Dans les 2 cas, la désinfection est donc incomplète.

Pour obtenir une asepsie parfaite il est nécessaire de laisser les instruments dans la *solution à* 5 % *pendant* 3 *minutes*. Après une immersion aussi prolongée, on n'observe plus de développement d'aucune sorte.

Le sublimé corrosif, outre qu'il attaque les instruments, est inférieur à l'acide phénique. Ainsi un instrument fraîchement repassé et soigneusement brossé porte encore des germes vivants après avoir séjourné 6 minutes dans une solution, même après 15 minutes, c'est à dire jusqu'à amalgamisation complète, on observe encore quelquefois du développement.

Kümmel a essayé également les essences de menthe poivrée, de moutarde, de térébenthine et de pin sylvestre en proportion de

1 pour 500, l'eau oxygénée à 10 %, l'ichthyol en solution, et le savon de potasse à 5 %; mais, même après 15 minutes de contact, il a presque toujours vu des colonies se développer. Le thymol à 1 % désinfecte sûrement après 15 minutes, l'eau de chlore après 3 minutes.

On favorise l'action microbicide des désinfectants, en dégraissant préalablement les instruments. On atteint ce but en les lavant avec de l'ouate imprégnée d'éther, ou encore plus simplement et à meilleur marché en *les nettoyant à fond avec de l'eau chaude et du savon, de préférence le savon de potasse de bonne qualité.* La désinfection se fait alors beaucoup plus rapidement. Exemple : Des instruments sales provenant d'une salle d'amphithéâtre, sont brossés à fond au moyen d'eau chaude et de savon de potasse, et plongés ensuite un instant seulement dans la solution d'acide phénique à 5 %. Ils en sortent presque tous complétement stérilisés. Après une minute d'immersion, l'asepsie est absolue et constante, tandis que sans ce nettoyage préalable, les instruments sales exigent 10 minutes.

On ne peut pas se contenter d'un simple lavage au savon et à l'eau chaude sans désinfection subséquente, même quand on se servirait d'eau stérilisée, car cette opération ne tue pas les organismes qui se trouvent sur les instruments, elle ne fait que rendre leur imprégnation par les désinfectants plus facile.

Kümmel a également essayé les *courants* de vapeur d'eau, et il a constaté que les instruments propres sont stérilisés complètement après 5 minutes, les instruments sales après 10 à 12 minutes.

Désinfection des éponges et des pièces de pansement. On peut stériliser complétement les éponges, même les plus infectées, celles, par exemple, qui ont servi à des autopsies et des opérations de phlegmons, en les *lavant à fond pendant 3 à 4 minutes dans de l'eau chaude additionnée de savon de potasse, et en les exprimant ensuite une fois dans une solution d'acide phénique à 5 %, ou de sublimé à 1 ‰, ou dans l'eau de chlore.* Pour rendre la désinfection absolument sûre, il suffit de les abandonner dans ces solutions pendant 1 à 2 minutes.

L'effet n'est pas aussi rapide avec les autres désinfectants; le thymol seul donne des résultats qui se rapprochent de ceux obtenus par l'acide phénique, le bichlorure mercurique et le chlore.

Si on renonce à nettoyer les éponges comme nous venons de l'indiquer, il est nécessaire de les abandonner dans les solutions désinfectantes au moins pendant plusieurs heures.

On désinfecte par le même procédé, c'est à dire par l'eau chaude et le savon et l'immersion dans une des 3 solutions indiquées plus haut, la charpie et les compresses. Quant à la ouate, on peut se contenter de

la plonger simplement dans un de ces bains antiseptiques, pourvu qu'elle soit *bien dégraissée*. Il est à noter également ici que les coussinets de mousse, de ouate et gaze au sublimé sont loin d'être sûrement aseptiques, car, plongés dans la gélatine, ils donnent souvent lieu à un développement de microbes, surtout quand ils sont anciens.

Le catgut, même le plus gros, est rendu sûrement aseptique par un séjour d'une heure dans le sublimé à 1 °/oo. Pour en avoir constamment sous la main dépourvu de tout germe, Kümmel laisse le catgut fin 6 heures et le gros 12 heures dans une solution aqueuse à 1 °/oo de chlorure mercurique et le conserve ensuite dans de l'alcool pur additionné d'un peu de glycérine. La soie se conserve absolument stérile dans la même solution, sans perdre de sa flexibilité. Quand on la reçoit brute, on tue tous les germes qu'elle peut contenir par une ébullition d'une demi heure dans la même solution.

Mains de l'opérateur. Un anatomiste peut-il exercer la chirurgie ou les accouchements ? Telle est la question que l'on a souvent posée. Kümmel répond oui, car quoique la désinfection des mains soit la plus difficile de toutes, elle peut être faite d'une façon rigoureuse.

Voici quelques expériences :

1° Après une autopsie, l'opérateur se brosse les mains à fond avec de l'eau chaude et du savon, et malaxe ensuite pendant quelque temps de la gélatine peptone, et de l'agar peptone stérilisés. Puis il les brosse une seconde fois et les traite de nouveau par la gélatine et l'agar. Or, dans tous les milieux de culture, on constata, après quelques jours, un riche développement de colonies surtout au niveau de l'empreinte des ongles.

2° Autopsie d'une femme morte de péritonite puerpérale. Lavage des mains à fond avec de l'eau savonneuse, suivi de plusieurs brossages à l'eau de chlore et à l'acide phénique à 5 °/o. Quelque temps après, nouveau lavage à fond avec de l'eau chaude, du savon et de l'argile. Dans la gélatine, malaxée après tous ces nettoyages, on observe après quelques jours un développement énorme de colonies.

Pour se désinfecter complètement les mains, il est nécessaire de les *brosser à fond plusieurs fois de suite, d'abord avec de l'eau chaude et du savon vert, puis avec une solution d'acide phénique à 5 °/o ou avec de l'eau de chlore*. Le sublimé à 1 °/oo donne des résultats inconstants. Les autres antiseptiques, comme l'acide borique, l'acide salycilique, le thymol, donnent des résultats encore plus mauvais.

Infection par l'air.

Lors de l'introduction de l'antisepsie dans la chirurgie, on attacha une grande importance à la désinfection de l'air, mais, comme la suite

le démontra, les craintes d'infection par cette voie étaient fortement exagérées, car, s'il est vrai que notre atmosphère ambiante est rarement dépouillée de tous microbes, elle ne renferme presque toujours que des organismes inoffensifs. Aussi le spray est-il abandonné de nos jours par presque tous les chirurgiens. Il est néanmoins intéressant de savoir jusqu'à quel degré on peut débarrasser l'atmosphère de ses germes.

Il faut distinguer entre l'air expiré et l'air qui circule dans le milieu opératoire où l'on opère.

1° L'*air expiré*, comme les recherches de Kümmel l'ont démontré une fois de plus, ne renferme aucun germe. Cet auteur a fait faire à diverses personnes des expirations forcées à travers des tubes courts, disposés de telle façon que leur extrémité arrivait presque en contact avec le fond de ballons recouverts d'une couche de gélatine. Or jamais il ne constata de développement. Il en est de même de l'air expulsé par la toux, pourvu toutefois qu'il ne renferme pas de particules de salive, car on observe alors un développement de colonies au point où ces particules se sont déposées.

2° Quant à l'*air ambiant*, Kümmel reconnut l'impossibilité de le dépouiller complètement de tout germe. Même après avoir fait marcher un fort spray, il ne le trouva pas plus pur.

Dans une expérience au cours de laquelle les murs et le sol furent lavés au moyen d'un jet d'eau, le nombre des microbes fut même trouvé plus considérable, ce qui s'explique par les trépidations que le jet produit tout autour des points contre lesquels il s'abat, et qui lancent dans l'air une infinité de poussières.

Dans une autre expérience, où l'on avait laissé à dessein dans la place des objets de pansements employés et un linge souillé de matières fécales provenant d'une opération sur le rectum, le nombre de colonies atteignit un chiffre extraordinairement élevé.

Les meilleurs résultats furent obtenus après que la *veille, on eut simplement lavé les murs, le sol et les meubles au moyen d'une solution de savon.*

Conclusions.

Parmi les divers antiseptiques, on donnera la préférence à l'acide phénique à 5 % et à l'eau de chlore. Le sublimé à 1 ‰ n'agit pas aussi sûrement. On ne pourra néanmoins, dans beaucoup de cas, s'en passer à cause de son manque d'odeur, de son bon marché et d'autres avantages encore.

On choisira des instruments à surface lisse, construits d'une seule pièce et faciles à nettoyer. Après les avoir brossés avec de l'eau chaude et du savon de potasse, on les conservera dans l'acide phénique à 3 ou à 5 %.

On désinfectera également les éponges par un nettoyage à fond à l'eau chaude et au savon vert. On peut ensuite les conserver avantageusement dans le sublimé à 1 °/oo.

L'ouate de Bruns, et les compresses préalablement lavées à fond et séchées, seront rendues aseptiques en les exprimant une fois dans le sublimé à la même concentration.

Pour se désinfecter sûrement les mains, surtout après une autopsie, on les brossera plusieurs fois à fond avec de l'eau chaude, du savon de potasse et de l'argile ou une substance analogue. Ensuite on les brossera avec de l'acide phénique à 5 °/o. Pour désinfecter le champ opératoire, on aura recours à l'eau chaude et au savon de potasse.

Quant à l'asepsie de l'air, nous avons vu qu'il est impossible de la réaliser complètement, mais on peut réduire le nombre de germes surtout par des lavages à l'eau de savon.

Dans le but de rendre ce lavage aussi facile que possible, Kümmel a fait gratter les murs de sa salle d'opération et les a fait couvrir d'une couche de peinture inattaquable par l'eau. Toutes les saillies ont été supprimées, et les fentes soigneusement mastiquées. Les angles et les coins ont été arrondis, et le bois complètement écarté. Les meubles et les ustensiles, réduits au strict nécessaire, sont en fer forgé, en marbre, en porcelaine ou en verre. L'armoire à instruments est faite de plaques en verre, et se trouve encaissée dans le mur; ses portes ferment hermétiquement. Dans ces conditions, on peut laver toute la salle avec une grande facilité au moyen d'une éponge fixée sur un bâton.

J. D

—

CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE DES ABCÈS DU SEIN.

Le *Progrès Médical*, n° 33, a rapporté trois cas d'abcès du sein survenus dans le service du prof. Budin, d'après lesquels l'ophthalmie des nouveaux-nés pourrait être considérée comme une cause fréquente d'abcès du sein chez la femme qui allaite.

L'ophthalmie constitue une source permanente de liquides septiques qui, au moment où l'enfant prend le sein, ont de grandes chances de venir en contact du mamelon et de l'infecter, surtout quand il présente des crevasses ou des fissures : de là, par propagation, un abcès du sein.

Comme conclusion, M. Budin recommande les précautions suivantes à toute femme qui nourrit un nouveau-né atteint d'ophtalmie :

1° Couvrir les yeux de l'enfant d'un bandeau destiné à empêcher l'écoulement du pus sur le sein.

2° Faire laver soigneusement, après chaque têtée, le mamelon et l'aréole de la nourrice avec de l'eau alcoolisée, de l'acide borique ou une autre substance antiseptique, de façon à éviter le séjour possible du pus sur ces organes.

LAVEMENT A LA GLYCÉRINE A DOSES MINIMES

On peut lire dans certains journaux de médecine l'annonce suivante, dont nous conservons le texte qui prouve assez son origine germanique.

Le purgatif Dr Oidtmann rend superflu tous les appareils ridicules, coûteux, dangereux et très compliqués (?), *le purgatif, injecté en quantité d'un petit dé dans l'anus par ma petite seringue spéciale, est suivi immédiatement d'une selle agréable* : tout le monde peut se l'appliquer facilement soi-même.

La base du purgatif est un Fluid — extrait de rhamnus et allium(?) exempt de tout remède drastique : ce précieux remède est couronné par les autorités médicales, et apprécié par les cliniques.

Voici quelques certificats prouvant l'efficacité de ma découverte, etc.,

D'après le Dr Anacker (*Deuts. med. Woch.*, 1887, n° 37), le purgatif du Dr Oidtmann a une efficacité réelle et des avantages incontestables; sa composition serait la suivante : la glycérine comme élément principal, une préparation de cigue qui lui donne son odeur spéciale et un sel de soude. La *glycérine serait toutefois l'unique principe actif*; l'auteur a constaté que l'injection de 1 gramme et demi à deux grammes de glycérine dans l'anus provoque une évacuation rapide et complète; il serait avantageux dans les constipations rebelles d'injecter par l'anus au moyen d'une petite seringue à bout olivaire cinquante gouttes de glycérine en moyenne. Il n'y aurait lieu de s'abstenir de ce moyen simple et commode de provoquer l'exonération intestinale que dans les cas où il existe des ulcérations du rectum. L. D.

TRAITEMENT DU CORYZA AIGU.

On est toujours à la recherce d'un traitement sinon abortif au moins palliatif du vulgaire « rhume de cerveau. »

Fritsche (*Berlin. Klin. Woch.* 1887, n° 27) recommande le traitement suivant :

1° Administrer à l'intérieur toutes les deux ou trois heures 20 à 30 centigrammes d'acide salicylique en poudre dans du pain d'hostie.

2° Renifler le mélange suivant :

B. Acid. acetici glacialis } ââ 2 gram.
Acid. carbolic }
Mixt. oleoso-balsam 8 gr.
Tinct. moschi 1 gr.
M. D.

On verse approximativement 50 gouttes de ce mélange sur un tampon d'ouate qui se trouve au fond d'une bouteille à large goulot : la dose sert pour une inhalation par le nez de dix minutes de durée : on procède ainsi dans le principe toutes les deux heures, plus tard à de plus longs intervalles.

En outre, si le gonflement de la muqueuse nasale est prononcé, Fritsche fait le premier jour dans les narines une insufflation d'un mélange à parties égales de chlorydrate de cocaïne et d'alun.

—

CONSERVATION DES SOLUTIONS D'ALCALOÏDES.

D'après Staadt, on pourrait conserver les solutions alcaloïdiques en y ajoutant de l'alcool camphré : on coupe avec une égale quantité d'eau : la proportion de 1 p. 2,000 de camphre suffirait, sauf pour les solutions d'atropine qui exigent une solution saturée. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 29 octobre 1887.

L'Académie vient de perdre un de ses membres honoraires les plus éminents et un de ses correspondants étrangers. Le chirurgien allemand von Langenbeck, professeur à l'université de Berlin, est décédé à Wiesbaden le 30 du mois de septembre, à l'âge de 77 ans.

M. le Dr Gaëtan Pini, médecin-directeur de l'institut des rachitiques à Milan, est mort dans la dite ville, le 25 septembre, à l'âge de 41 ans.

De lettres de condoléances seront adressées aux familles respectives de ces savants, dont l'Académie a à déplorer la perte.

— M. Dragendorff, professeur à l'université de Dorpat, exprime ses sentiments de gratitude pour la distinction que la Compagnie lui a conférée en le nommant correspondant.

— Il est parvenu au secrétariat une circulaire à laquelle est jointe une liste de souscription pour la fondation d'un institut scientifique à ériger à l'occasion de la célébration, en 1888, du 70e anniversaire de

M. le professeur Donders, directeur du laboratoire de physiologie d'Utrecht. — Dépôt de la circulaire et de la liste à la salle de lecture, pour être tenues à la disposition des membres.

— M. le Dr Zénon Glorieux, soumet à l'Académie un travail manuscrit intitulé : *Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat.* — Commissaires : MM. Hambursin et Masoin.

M. Snyers présente un mémoire inédit, sur *la Pathogénie de la maladie de Bright.* — Renvoi à l'examen de MM. Cousot et Pigeolet.

— M. Léopold Servais, à Anvers, délégué par le gouvernement belge au congrès international des sciences médicales qui s'est tenu, en septembre 1887, à Washington, présente une note relatant, en partie. ce qui s'est fait dans cette réunion et donnant quelques renseignements sur la littérature médicale aux Etats-Unis.— Renvoi à l'avis de MM. Borlée et Deneffe.

M. Barella offre une brochure qui lui a été adressée par M. Van Dieren, officier de santé de 2e classe à Ornhem, et qui est intitulée : *Critiek op de beweringen van prof. Pekelharing omtrent de beri-beri.*

« En même temps que cette brochure, dit M. Barella, je recevais une lettre de notre confrère néerlandais, dans laquelle il déclare qu'il n'a eu connaissance de mon rapport sur le beri-beri qu'après la publication de son travail. Il constate que les idées exposées dans sa brochure l'ont été par moi en juin dernier.

« Contrairement à M. Pekelharing, qui en fait une maladie infectieuse, à cause du caractère épidémique qu'il revêt, M. Van Dieren est d'avis que le beri-beri est une maladie analogue à l'ergotisme, qui, lui aussi, a sévi épidémiquement et a étendu ses ravages à de nombreux pays en même temps. En d'autres termes, le beri-beri est, pour notre confrère néerlandais comme pour moi, une maladie due à une alimentation viciée. Il reste aux hommes de science à décrire la maladie du riz qui communique à cet aliment des quantités nocives.

« Il est prouvé que les Européens qui habitent le Japon et qui se nourrissent à l'européenne, ne sont pas atteints de beri-beri ; tandis que, à côté d'eux des milliers de Japonais, se nourissant principalement ou exclusivement de riz, sont frappés de cette redoutable affection. Ce n'est pas là le caractère d'une maladie zymotique, infectieuse.

» Il est regrettable, ainsi que le fait remarquer M. Van Dieren, que M. Pekelharing n'ait pas soumis à une analyse chimique et microscopique le riz de Stam, du Japon et de Java, et expérimenté ensuite ce riz sur des animaux. »

— M. Leboucq offre le travail qu'il vient de publier sous le titre de *L'apophyse styloïde du 3e métacarpien chez l'homme.*

— M. Vleminckx fait hommage d'un exemplaire du rapport qu'il a

soumis au conseil supérieur d'hygiène publique sur le *déblai du cimetière du Quartier-Léopold, à Bruxelles.*

— M. le Dr Schiffers, à Liége, présente une brochure intitulée : *Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire.*

— M. le Dr Mottais, à Angers, présente un ouvrage sur l'*Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés.*

— M. le Dr Félix Putzeys présente le *Rapport* qu'il a rédigé, au nom d'une *commission spéciale, instituée à Liége pour l'examen du plan général des égouts à construire, dressé par M. l'ingénieur J. Mottart*, plan général qui est annexé au rapport prémentionné, M. Guye, d'Amsterdam, présente une série de brochures.

— M, le Dr Constantin Paul, présente la 2e édition de son ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

— En adressant deux *Bulletins de la Société thérapeutique de Paris*,contenant des articles relatifs au traitement des uréthrites et des rétrécissements de l'urètre, M. le Dr Bedoin, à Chambéry, adresse quelques spécimens de bougies de gélosine et exprime le désir de les voir soumettre à l'expérimentation. — Dépôt de ces bulletins et de ces bougies à la salle de lecture pour être mis à la disposition des membres.

M. Wasseige, membre titulaire; MM. W. Gruber et Verneuil, membres honoraires; M. Dragendorff, correspondant; MM. H.-B. Baker, à Lansing; Fr. Fraipont, à Liége; J.-F. Heymans, à Louvain; L. Raikem, à Namur; J. Wauters, à Ixelles; le département médical de l'armée, à Londres, le *Kaiserliches Gesundheitsamt*, à Berlin, et la société de moralité publique à Bruxelles, font hommage de plusieurs publications.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

DISCUSSIONS.

1. Vote sur les conclusions relatives à la prostitution.

Après un débat auquel prennent par MM. Masoin, Thiry, Warlomont, Crocq, Kuborn, Moeller, Rommelaere et Lefebvre, l'Académie adopte, à l'unanimité, la proposition suivante, déposée par M. Warlomont :

« L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes. »

La compagnie décide ensuite qu'elle votera sur les conclusions présentées par M. Thiry.

La première des conclusions, qui deviendra le 2e des propositions soumises aux délibérations de la compagnie, est ainsi conçue :

« La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les

lieux publics étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite. »

MM. Warlomont, Thiry, Lefebvre, Masoin, Crocq et Rommelaere sont successivement entendus.

La conclusion est mise aux voix, par appel nominal, et adoptée à l'unanimité.

MM. Lefebvre et Masoin se sont abstenus.

M. Lefebvre déclare qu'il a voté la proposition qui établit que la réglementation de la prostitution est nécessaire; mais qu'il aurait voulu que l'Académie s'en tînt là; quant à lui, il n'est pas, dit-il, suffisamment éclairé sur les détails de la réglementation.

M. Masoin s'est abstenu, parce qu'il aurait voulu aussi qu'on s'en tînt au principe général et qu'on laissât aux autorités compétentes le soin de réglementer la prostitution.

Après un débat entre MM Barella, Crocq, Thiry et Kuborn, il est procédé au vote, par appel nominal, sur la deuxième conclusion de M. Thiry, formulée dans les termes suivants :

« Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires. »

Cette conclusion, qui devient le 3e des résolutions prises, est adoptée à l'unanimité des membres présents.

Il y a six abstentions.

Les membres qui se sont abstenus sont : MM. Lefebvre, Hayoit, Masoin, Blas, Soupart et Barella.

Les quatre premiers se sont abstenus pour les motifs indiqués par M. Lefebvre, lors du vote de la première conclusion de M. Thiry.

M. Soupart « ne veut pas préjuger les mesures qui pourront être prises par le pouvoir législatif. »

M. Barella déclare d'abord se rallier aux motifs d'abstention produits par M. Lefebvre; mais il s'abstient aussi parce que la rédaction de la conclusion laisse à désirer : qui constatera, dit-il, que telle femme se livre à la prostitution? L'honneur d'une jeune fille, ajoute-t-il, ne peut pas dépendre de l'arbitraire d'agents de police.

Le troisième conclusion de M. Thiry, ainsi conçue : « Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes les circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes, » est mise aux voix et adoptée à l'unanimité des membres présents. Elle forme le 4e des résolutions prises.

Les membres qui se sont abstenus au vote sur la deuxième conclusion persévèrent, pour les mêmes raisons, dans leur manière de voir.

La 4e conclusision de M. Thiry est formulée en ces termes ;

« L'Académie royale de médecine de Belgique, convaincue que les

visites sanitaires fréquentes et convenablement appliquées peuvent seules arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, estime que leur application s'impose aux administrations, non seulement au point de vue de la santé, mais encore de la moralité publique.»

A la suite d'un échange d'observations, MM. Thiry et Masoin se mettent d'accord sur la formule suivante :

L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires fréquentes et convenablement appliquées constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. »

Cette proposition amendée est adoptée à l'unanimité. Il y a trois abstentions.

Cette conclusion devient le n° 5° des décisions prises par l'Académie.

— Ces résolutions seront adressées à M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique, avec prière de les transmettre à son honorable collègue de la justice,

2. Discussion du rapport de la commission qui a examiné le travail de M. le Dr Deffernez, intitulé : *Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée.* — M. Kuborn, rapporteur.

M. Kuborn fait observer que dans le *Bulletin* de la dernière séance il est dit qu'il était le premier orateur inscrit. C'est une erreur : M. Kuborn, n'entend prendre la parole que si les conclusions de son rapport sont attaquées.

M. Hambursin fait connaître qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de voir avorter, à la suite d'émissions sanguines abondantes, l'inflammation de divers organes, notamment celle des poumons. Il rapporte un cas particulièrement heureux qu'il a observé chez un homme âgé de 68 ans, fort, replet, pléthorique, mais dont l'affaissement de l'énergie nerveuse dénotait, depuis un certain temps, une décadence assez prononcée dont cependant sa forte constitution paraissait devoir le préserver.

Parlant de la formule de Bouillaud, consistant en saignées coup sur coup, il fait remarquer qu'elle est généralement condamnée aujourd'hui L'on sait, dit-il, que l'inflammation a une tendance naturelle vers la résolution ; l'on sait qu'il ne faut intervenir que dans les cas où le processus, par une intensité inusitée, s'écarte de sa marche normale ; l'on sait, enfin, qu'une spoliation trop abondante prive le malade des ressources nécessaires à la guérison.

Abordant la question des révulsifs, M. Hambursin constate que, comme pour les soustractions sanguines, quoiqu'à un moindre degré peut-être, on a révoqué en doute leur efficacité dans les inflammations. Il croit que c'est bien à tort. Les émissions sanguines sont, dit-il,

utiles au début de la maladie et les révulsifs, pendant la dernière période, alors que les phénomènes suraigus ont disparu. Il ajoute que les anciens praticiens avaient observé que les vésicatoires n'agisssent bien, qu'après l'emploi préalable d'une ou plusieurs soustractions de sang. Il déclare qu'il lui est arrivé bien des fois de vérifier l'exactitude de cette observation. Le médecin, dit-il, qui a fait un usage fréquent de cette médication est étonné qu'on aît pu mettre en doute son efficacité.

A l'appui de ce qu'il vient de dire, l'honorable membre rapporte sommairement trois observations qu'il a récemment recueillies.

Après la relation détaillée de ces trois cas, M. Hambursin ajoute : Mais c'est surtout dans le traitement de l'hépatite chronique que la médication révulsive profonde triomphe Il se demande quelle est la raison de l'action particulière de ce traitement; il déclare qu'il ne sait pas l'indiquer; mais que le fait n'en est toutefois pas moins certain. Entre autres cas qu'il pourrait citer, il en rapporte un avec détails qui lui paraît une preuve péremptoire de l'efficacité prémentionnée. Il dit qu'il a constamment constaté les bons résultats obtenus par les cautères dans l'affection dont il s'agit. Il est évident, ajoute-t-il, que ce traitement est impuissant à faire renaître la cellule hépatique ; mais il est tout-puissant pour en prévenir la destruction.

— A la demande de MM. Kuborn et Du Moulin la suite de la discussion est remise à la prochaine réunion.

M. le secrétaire fait connaître que le dépouillement des procès-verbaux des réunions tenues par les sections, avant l'ouverture de la séance de l'Académie, a fait constater qu'elles ont nommé : la 1re, M. Boddaert, président, et M. Masoin, secrétaire; — la 2e, M. Hambursin, président, et M. Vanden Corput, secrétaire; — la 3e, M. Deneffe, président, et M. Borlée, secrétaire; — la 4e, M. Barella, président, et M. Kuborn, secrétaire; — la 5e, M. Gille, président, et M. Van Bastelaer, secrétaire; — la 6e, M. Hugues, président, et M. Degive, secrétaire.

COMITÉ SECRET.

1. Lecture du rapport de la quatrième section chargée d'examiner les appréciations émises par les membres et les correspondants de l'Académie relativement aux *Rapport des commissions médicales provinciales sur leurs travaux pendant l'année* 1886; rapports soumis à la Compagnie par M. le Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique. — M. Barella, rapporteur.

L'Académie décide que ce rapport sera transmis à M. le ministre.

2. Rapport de la Commission chargée d'apprécier le mémoire envoyé en réponse à la question suivante mise au concours ! « *Faire*

l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériens. » — M. Wehenkel, rapporteur.

M. le rapporteur fait connaître que le mémoire envoyé au concours en réponse à cette question ne peut pas, aux termes d'une des conditions du programme des prix, être admis à concourir, attendu que la majeure partie de ce travail a été publiée en 1885. — L'Académie en ordonne le dépôt aux archives.

3. Election du président et des vice-présidents de l'Académie pour l'année 1888.

33 membres prennent part au scrutin.

M. Depaire est élu président à l'unanimité; M, Boddaert, premier vice-président, et M. Deneffe, second vice-président.

A chaque scrutin, il y avait un bulletin blanc dans l'urne.

MM. Depaire, Boddaert et Deneffe remercient l'Académie de l'honneur qu'elle leur a fait en les appelant à siéger au bureau.

La séance est levée à 2 heures et demie.

VARIÉTÉS.

DE L'ÉDUCATION DES ENFANTS.

Un bon discours et que nous reproduisons volontiers, prononcé dernièrement par A. WASSEIGE, recteur, à l'occasion de la réouverture solennelle des cours à l'Université de Liège.

MESSIEURS,

Les lois de notre organisme tiennent incontestablement toutes nos fonctions sous leur dépendance; elles dominent tous nos besoins, elles régissent les moyens d'y satisfaire.

Elles sont le guide essentiel de ceux qui cherchent à établir les règles du développement harmonique de l'être humain, c'est à dire les règles de l'éducation organique, morale et intellectuelle de l'un et de l'autre sexe.

C'est d'après cette considération fondamentale que j'ai essayé de traiter devant vous, l'année dernière, la question, si controversée encore, de savoir si l'exercice de la profession de médecine convient à la femme.

J'ai eu soin, Messieurs, en vous exposant ma manière de voir, de

vous avertir que je n'avais en vue que la femme, et nullement tel ou tel sujet exceptionnel, dérobé aux combinaisons normales des lois de la nature.

Ce principe est d'une application générale. Faute de s'en pénétrer, on risque beaucoup de ne produire que des règlements nuisibles, tout au moins stériles, en tous cas éphémères.

La véritable industrie de l'homme ne consiste pas à lutter contre les forces de la nature et à tenter de les détruire, mais à les utiliser. N'est-il pas évident que celui-là s'en servira avec le plus de profit qui les connaîtra le mieux?

L'éducation de l'enfant a pour but, selon moi, de préparer tous ses organes à fonctionner de manière que l'homme ou la femme adulte, dans son milieu tant social que physique, produise le maximum d'effet utile, et recueille le maximum de bien-être.

Si cette définition est exacte, il n'y a pas à s'étonner, je pense, de la difficulté et de la complication du problème de l'éducation, car autant de variétés d'êtres, autant de variétés de systèmes.

Avant le jour où nous devons prendre date dans le monde, notre existence est commune avec celle de notre mère, qui en fait tous les frais Les soins les plus sévères et les plus corrects donnés à sa personne peuvent seuls la dégager de la périlleuse responsabilité qu'elle assume en ce moment. Qui pourra découvrir comment se produisent les mille influences latentes dont nous emportons les traces à travers tous les âges de notre vie?

Quelle contribution une pareille connaissance, si l'on pouvait en tenir compte, apporterait aux progrès de l'éducation! quelle lumière elle fournirait, soit pour mettre à profit les influences favorables, soit modifier ou enrayer les impulsions dangereuses ou néfastes.

Enfin arrive l'inauguration de notre vie personnelle, mais non encore indépendante. Aussitôt que nous sommes plongés dans le fluide atmosphérique, nous crions au secours, et qui répond à notre appel? Une femme.

Ce sont les mains d'une femme qui réparent, dès les premiers instants, avec autant de promptitude que de douceur, les effets des chocs violents que nous venons de recevoir, en particulier celui du changement brusque de température. Ainsi commence, dès les premières minutes, l'apprentissage des sensations. A cela près, nos besoins se bornent actuellement à respirer, à dormir, à prendre de la nourriture, existence presque végétale. La jeune plante est bien délicate : il faut que l'on s'en occupe beaucoup; on ne la voit nullement réagir durant les premières semaines, période transitoire entre la vie intra-utérine et la vie extra-utérine.

Dans cet état transitoire, où s'opère dans l'être, en apparence si

passif, un travail intérieur considérable, que l'œil de la plus tendre sollicitude, ni celui de la plus habile perspicacité ne sont capables de suivre, il faut, en dépit des plus éloquentes théories, se défier des impressions trusques, de quelque nature que ce soit.

La température et la qualité de l'air, le contact des corps étrangers, la quantité et la qualité du lait, tout doit être examiné et gradué; l'accommodation à la nouvelle existence et au nouveau milieu ne peut se faire qu'à tâtons, afin de ne pas entraver la marche continue et stable de ce travail mystérieux qui se produit dans notre corps immobile, et qui doit aboutir à une seconde naissance, celle de nos facultés sensuelles.

Bientôt ces facultés, la vue, l'ouïe, le toucher, le goût, l'odorat, qui se sont dégagées peu à peu à notre insu et à l'insu même de ceux qui nous entourent, se développent et se perfectionnent rapidement.

Si rapidement que les phénomènes importants qui caractérisent chaque phase sont presque toujours accueillis comme des surprises! Et d'où viennent ces surprises. Comment se fait-il que des événements si communs, si désirés, conservent, pour la plupart de ceux mêmes qui assistent habituellement les nouveaux nés, ce cachet d'imprévu?

C'est que l'on n'est pas encore parvenu, et cela est bien étrange, à donner pour base à l'éducation l'étude méthodique de l'enfant. Je viens de dire, Messieurs, que la connaissance complète de la série des phénomènes antérieurs à la naissance serait un guide précieux pour ceux qui ont la mission d'élever un enfant.

A défaut de cette connaissance, ne devrions-nous pas, au moins, nous efforcer de ne pas laisser échapper celle, non moins nécessaire, que nous révélerait une surveillance assidue et régulière de toutes les moindres manifestations saisissables du petit enfant? Existe-t-il un objet plus digne que cet organisme naissant d'exercer le talent d'une personne initiée à l'art d'observer, d'analyser, de conclure?

Cette remarque n'est pas neuve, Messieurs; J. J. Rousseau a dit, il y a plus d'un siècle :

« On ne connaît pas l'enfance; sur les fausses idées que l'on en a, » plus on va, plus on s'égare. Les plus sages s'attachent à ce qu'il im- « porte aux hommes de savoir sans considérer ce que les enfants sont » en état d'apprendre.

» Ils cherchent l'homme dans l'enfant, sans penser à ce qu'il est » avant d'être homme.

» Commencez donc par mieux étudier vos élèves, car, assurément, » vous ne les connaissez pas. »

Et Mme Necker de Saussure, dans un livre trop peu lu, intitulé « *l'Education progressive* », a donné à cette pensée sa plus grande clarté dans ces termes :

« Il est étonnant, dit-elle, que, tandis qu'on a porté dans les » sciences d'observation une constance si admirable, on n'ait jamais » étudié l'enfance *méthodiquement*. Le problème le plus important de » tous est peut-être celui auquel on a consacré le moins d'attention » persévérante et rigoureuse. Que de gens, armés d'un télescope, qui » vérifient nuit et jour les prédictions des astronomes! Que d'autres » tiennent un registre exact du vent, de la chaleur, de la pluie! Que » d'infatigables annotateurs! Et dans ce nombre il ne s'est pas trouvé » un père qui ait daigné constater avec soin les progrès de son propre » enfant. Même pour le physique, qui semble devoir tomber plus im- » médiatement sous l'inspection des savants, que d'incertitudes en- » core! »

On dit avec raison que le devoir pour la mère d'élever ses enfants est au nombre des plus grands intérêts sociaux. Incapable au début, et pendant la crise de l'accouchement, de donner elle-même au nouveau né les soins urgents autres que la nourriture, il faut bien, et il en a été ainsi toujours et partout, qu'elle les confie à une aide, ou complaisante, ou mercenaire.

Mais aussitôt la crise franchie, son premier désir est d'accomplir sans réserve la plus respectable, la plus sublime de toutes les fonctions. Et n'est-ce pas un immense dommage, Messieurs, que, dans cet état actuel de civilisation, que nous croyons si perfectionnée et dont nous sommes si fiers, l'amour maternel, avec toute sa grandeur, reste encore incapable d'éclairer les premiers essais? Quel bonheur ce serait déjà, si une première expérience suffisait pour assurer les progénitures suivantes contre les hésitations, les maladresses, les inquiétudes intempestives ou les sécurités exagérées, et les surprises si dangereuses pour l'état physique de la mère, et par conséquent pour son nourrisson!

Serez-vous réellement étonnés, Messieurs, si, fort d'une expérience de 34 années, je vous disais que peu de femmes, dans n'importe quelle classe sociale, sont en état de remplir leur rôle de mère?

Est-ce le zèle qui manque, le sentiment, la tendresse? Bien loin de là! car, pendant ce tiers de siècle, je n'ai pas rencontré trois accouchées qui aient renoncé sans une résistance, prolongée trop souvent au-delà des limites de la prudence, à être les nourrices de leurs enfants.

Cette opiniâtreté, si admirable, ne concourt-elle pas, Messieurs, à prouver que, chez la femme (sauf les exceptions, bien entendu), le sentiment prime la raison, et le dévouement la prudence?

L'allaitement maternel, lorsqu'il est possible, est toujours le plus favorable à la mère comme à l'enfant; cependant, il faut le constater

avec tristesse, dans les familles aisées, il est impossible dans la moitié des cas.

Comment l'aisance ne favorise-t-elle pas davantage, dans un acte proclamé si important, le système que l'on reconnaît pour le meilleur? C'est que, la plupart du temps, l'aisance et la sagesse n'habitent pas ensemble.

Tout en paraissant extrêmement passionnés pour la liberté, nous sommes en réalité dominés par de nombreuses servitudes, dans lesquelles nous gaspillons à plaisir notre bien-être, notre indépendance et bien souvent jusqu'à notre bonheur. Je ne citerai qu'un seul de nos tyrans domestiques, la toilette, à laquelle les dames surtout se plaisent à sacrifier leurs mérites personnels pour ressembler toutes à quelques types en révolte contre la nature, le bon sens et la beauté!

Je sais bien que, dans le monde, on est assez porté à croire que le recours à l'alimentation étrangère est plus le fait du médecin que celui de la vraie nécessité. Cela est faux; en laissant de côté la question d'humanité, à laquelle, quoi qu'on en dise, j'ose affirmer que nous ne sommes pas indifférents, le médecin qui prescrit à une mère la privation d'offrir son sein à son enfant, loin de simplifier ses devoirs, les complique au contraire de soins accessoires si peu attrayants, que je n'ai garde de vous les décrire, ne voulant point passer à vos yeux pour trop naturaliste.

Malgré cette réduction, le rôle maternel a toujours une importance inappréciable, et exige, pour être convenablement rempli, une assiduité ininterrompue au moins jusqu'à la sortie des premières dents, à l'âge de six mois environ.

La régularité et la suffisance de l'alimentation sont un des soucis les plus sérieux; il faut y joindre beaucoup de soins accessoires: les promenades mêmes réclament une sévère surveillance.

La vie, sinon sédentaire, au moins régulière et paisible, qui s'impose ainsi à une mère, est d'ailleurs utile, dans les deux premiers mois, à la régression complète des organes troublés par la gestation et l'enfantement.

(*La fin au prochain n°*).

FRÉDÉRIC HAIRION.

Le 14 août 1887 l'Université catholique de Louvain a perdu un des derniers survivants de ses ouvriers de la première heure et l'un de ses maîtres les plus éminents, M. Frédéric Hairion, professeur émérite, commandeur de l'Ordre de Léopold, décoré de la croix militaire, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Il appartenait à cette forte génération qui émergea du désarroi de la révolution belge et sut la faire accepter. Les années avaient eu peu de prise sur lui; les approches de la 80e même ne l'avaient pas courbé. Nous le revoyons encore, très droit dans sa cravate blanche, avec ce port un peu raide dont les anciens officiers ne se défont jamais, la parole nette et le geste rare des hommes habitués à être écoutés et obéis, l'œil petit mais perçant des myopes habitués à regarder de près choses et gens.

Son abord froid n'attirait pas : sa réserve était prise pour de la sévérité; on apercevait plus tôt la fermeté de son esprit que sa bonté, et son inflexibilité sur les principes que son indulgence pour les hommes, mais un examen plus attentif découvrait bientôt sous la froide correction du dehors un cœur chaud, bienveillant et généreux. Et alors ceux qui l'estimaient seulement se mettaient à l'aimer, et à s'attacher d'autant plus à cette haute personnalité qu'ils apprenaient à la connaître davantage. Dans nos Musées les foules ne vont pas d'emblée aux œuvres les plus parfaites, les œuvres éclatantes les attirent davantage; les vrais connaisseurs seuls se détachent, approchent et admirent. Pour Hairion, comme pour certains maîtres flamands, il fallait approcher : dans l'intimité seulement se dégageait peu à peu « sa noble physionomie, cette fine, forte et calme image de l'ordre dans la vertu. »

Une main d'ami et d'artiste a retracé la vie — si digne d'être proposée en exemple — du professeur, de l'homme de science et de l'homme privé (1).

(1) Discours de M. le Dr Cousot, 27 juin 1878, Louvain, Ch Peeters, édit.

Elle n'a rien laissé à faire aux biographes futurs et on nous saura gré de la citer beaucoup.

« Le premier sentiment, que j'éprouvai en approchant de plus près pour étudier votre vie et vos travaux, tint presque de l'étonnement : je l'avoue, Maître, quelle que fût la haute opinion que m'avaient laissé le souvenir de vos leçons et la lecture de quelques-uns de vos mémoires, je soupçonnais à peine l'importance de vos œuvres, la grandeur des services que vous avez rendus à la patrie, la valeur et le désintéressement de votre enseignement; c'est que la simplicité et l'ordre, la dignité et la modestie donnent à votre physionomie quelque chose de si correct que rien n'y semble saillant et qu'on en soupçonne à peine la grandeur cachée sous l'uniformité de la perfection : c'est un lac dont la surface calme et tranquille laisse à peine soupçonner l'inépuisable richesse, mais dont les eaux fécondes vont répandre au loin la fertilité et l'abondance. » Ainsi s'exprimait M. Cousot, le jour où les élèves anciens et actuels de l'éminent professeur offrirent à leur vénéré maître son buste en marbre.

—

Né à Beaumont en 1807, M. Hairion passait, au son du canon de la bataille de Louvain, *summâ cum laude*, ces derniers examens de médecine et dès le lendemain le droit d'être utile qu'il venait d'acquérir s'exerçait dans les ambulances. L'année suivante il était à Paris au moment où le choléra y faisait sa première et sa plus foudroyante apparition. Le jeune médecin, qui venait demander à la grande ville hospitalière l'achèvement de son éducation médicale, paya bravement sa bienvenue de son dévouement dans les lazarets du quartier de Popincourt.

En 1835 il est attaché à l'hôpital militaire de Louvain. « Jusqu'à l'époque de votre retraite — dit son éloquent panégyriste — vous ne quitterez plus ces salles que vous avez illustrées et dans lesquelles vous allez rendre tant d'éclatants services. Dès votre arrivée vous êtes chargé du service des maladies vénériennes et de celui des maladies cutanées : bientôt après vous prenez le service des ophthalmiques... En octobre 1839 le ministre de la guerre décide que les hommes jugés impropres au service, pour cause d'affections oculaires, seront dirigés

sur l'hôpital militaire de Louvain; le 1er décembre suivant il prescrit que tous les pensionnés pour affections des yeux se rendront trimestriellement au même établissement pour y être examinés; en mars 1841, le ministre décide qu'aucun militaire ne sera proposé pour la réforme du chef d'affections oculaires, s'il n'a subi un traitement régulier dans l'institut ophthalmologique de Louvain. Vous êtes désigné comme secrétaire de la commission des pensions et chargé de a direction de l'Institut : c'était justice, vous seul l'aviez créé et chacune de ces utiles mesures avait été prise en suite de vos mémoires qui en démontraient l'urgence. »

« Tel est le court historique de ce célèbre institut dont vous seul étiez l'âme. Un grand nombre de soldats menacés de cécité et à la charge du trésor, y sont guéris. Les pensions sont soumises à des principes fixes et à des formules précises. Les résultats désastreux de certaines méthodes de traitement sont démontrés; des lois nettement formulées règlent une thérapeutique jusque là livrée à l'empirisme; pendant plus de trente années, les élèves et les médecins militaires viennent y puiser un puissant enseignement et le goût des études spéciales. »

« On se souvient trop peu que la clinique ophthalmologique de Louvain était alors la seule en Belgique, et qu'elle peut réclamer une large part dans les progrès qu'a faits dans notre pays cette branche de l'art de guérir. » Le jour où sonna pour le médecin militaire l'heure de la retraite, en 1867, l'Université perdit l'accès des locaux militaires et transporta pour le professeur qu'elle était heureuse de garder, la clinique des affections oculaires à l'hôpital St-Pierre : elle ne perdit rien au transfert, car la réputation du Maître attira bientôt à l'hospice civil plus de malades que l'hôpital militaire n'en pouvait fournir.

L'agrégation de M. Hairion à l'Université catholique date de 1836. Chargé du cours d'hygiène, il y joignit bientôt à cette attribution une clinique des maladies vénériennes et cutanées.

L'ordre, la méthode, la précision, la logique, telles furent les qualités maîtresses de son enseignement. Le professeur n'a jamais cherché l'éclat de la forme, la correction lui suffisait : plus préoccupé d'instruire son auditoire que de le charmer, et d'être utile que d'être brillant, l'élégance du discours lui importait beaucoup moins que la clarté et

la concision. Mais si nous avons entendu des orateurs plus séduisants, dans aucune des nombreuses universités belges ou étrangères que nous avons visitées, nous n'avons rencontré un clinicien plus complet. Quarante-sept générations d'élèves ont suivi avec une attention religieuse ces admirables cliniques où ils apprenaient à examiner un malade avec précision ; à se rendre un compte exact de la lésion fonctionnelle ou organique qu'il présente ; à étudier de près le processus morbide qu'il s'agit de détourner, de réprimer ou de diriger ; à discuter enfin le choix des moyens thérapeutiques qu'il convient de mettre en œuvre. L'esprit droit et logique du maître enseignait ainsi la *médecine des indications* avant que le mot fût trouvé et, comme il était le pathologiste le plus savant, l'hygiéniste le plus complet, le thérapeute le plus riche en ressources, et que son sens pratique égalait son érudition, ses cliniques étaient d'un prix inestimable. Cet enseiment si solide, si élevé et si fécond a toujours été apprécié comme il le méritait, et lorsque la Faculté perdit Noël — qui avait hérité des cliniques de M. Hairion — le collègue chargé de faire l'éloge du jeune professeur ne crut pouvoir le louer mieux qu'en montrant avec quel soin le jeune clinicien avait gardé les traditions de l'ancien et combien il promettait de lui ressembler un jour.

M. Hairion a été le modèle accompli de toutes les vertus professorales et le meilleur souhait que l'on puisse former pour la prospérité et la gloire de l'Université, c'est qu'elle ait toujours des serviteurs aussi dignes, aussi aptes et aussi zèlés que lui.

Aucun professeur n'a apporté dans ses relations avec ses collègues plus de correction et de courtoisie ; aucun n'a mis de soins plus scrupuleux dans l'accomplissement de la tâche quotidienne ; aucun n'a mis de plus hautes facultés ou un dévouement plus absolu au service de l'œuvre commune, l'éducation de médecins chrétiens.

—

Le professorat n'a pas absorbé toutes les forces vives de M. Hairion et ne l'a pas empêché d'être un publiciste fécond. La liste de ses œuvres est longue (1). Les principales traitent des granulations pal-

(1) Voir p. 338. Dans les *Annales d'oculistique* plus de vingt articles importants ; dans les *Archives militaires*, plus de trente articles ou mémoires ; dans le *Bulletin* de l'Académie, quarante discours, rapports, travaux.

pébrales, de l'ophthalmie gonnorhéique, du tannin, du collodion, de l'occlusion palpébrale, du favus, de l'abus des collyres irritants. Puis c'est un nombre considérable de rapports académiques portant sur les sujets les plus variés et témoignant d'une surprenante érudition. Articles, mémoires, rapports, tous ces écrits portent la même empreinte et sont remarquables par la netteté des vues, la clarté de l'exposition, la logique des déductions et la sobriété du style. Les limites qui nous sont imposées ne nous permettent pas d'analyser ici toutes ces productions : il en est deux cependant auxquelles il faut nous arrêter un instant.

A propos des mémoires sur le tannin, M. Cousot a pu dire, sans rien exagérer : « Nous n'avons rien lu de plus exact, de plus complet de plus ingénieux que ces expériences sur l'action toxique et thérapeutique d'un médicament ; aussi les déductions pratiques s'imposent avec une telle autorité que depuis ce travail et celui sur l'emploi des collyres mucilagineux, on peut dire que le traitement local des ophthalmies a été complètement modifié. »

Et il ajoute, appréciant la seconde série des publications que nous ne pouvons passer sous silence : « L'une des plus brillantes phases de votre vie scientifique a été cette lutte longue et passionnée que presque seul, vous avez soutenue dans la presse, dans les revues, à la tribune de l'Académie, pour faire triompher une vérité scientifique et les droits de la justice dans la grave question de l'ophthalmie des armées. C'est à votre ferme et loyale attitude, à vos nombreux et savants mémoires, à votre lumineuse discussion que la Belgique et l'Europe sont redevables d'avoir maîtrisé ce fléau redoutable C'était en 1834 : un fait grave venait de se passer ; le célèbre Jungken, professeur d'ophthalmologie à Berlin, appelé par le gouvernement belge, attribuant avec raison l'opiniâtreté du fléau à la présence des granulations palpébrales, avait fait renvoyer dans leurs foyers les soldats atteints qui, au nombre de 4,500, avaient été infecter les populations et y implanter une lésion considérée comme incurable. Les conséquences de cette fatale mesure avaient été désastreuses. Or, à peine entré au service, vous commencez vos recherches sur le traitement des granulations ; quelques mois après vous êtes en position d'affirmer la curabilité de cette affection par le nitrate d'argent ; bien-

tôt, sur les données de vos importants mémoires, l'institut ophthalmique, dont nous avons tracé le glorieux historique, et la commission des pensions vinrent autant que possible réparer le mal. »

L'inspecteur général du service de santé, qui était en même temps le président de l'Académie, soutenait que l'ophthalmie régnante dans l'armée ne différait pas de celle qu'on rencontre dans les populations, et n'était qu'une conjonctivite. Cette thèse entraînait les conséquences les plus graves : triomphante, c'était le gouvernement libéré de toute responsabilité vis à vis des miliciens. Par des recherches expérimentales et par des faits, M. Hairion établit la contagiosité et l'infectiosité de l'affection : après avoir appris à maîtriser le fléau, il montra aussi la manière de réparer ses ravages et son énergie et son talent parvinrent à faire adopter des conclusions qui indiquaient au gouvernement ses devoirs envers les victimes. L'homme de science n'a pas toujours l'occasion de devenir un bienfaiteur public : Hairion a eu cet honneur et cette grande joie.

—

Avec l'assistance des rédacteurs des *Annales d'oculistique*, M. Hairion organisa le Congrès international d'ophthalmologie qui se réunit à Bruxelles, pour étudier la grave question de l'ophtalmie des armées, et la voix de ses collègues l'appela à présider la première section de cette session où vingt quatre gouvernements avaient envoyé des délégués. Pareil honneur lui fut décerné encore en 1875, au Congrès international des sciences médicales, par la section d'ophthalmologie.

En 1878 nous trouvons M. Hairion dans la plus haute situation qu'un médecin puisse ambitionner ; il est président de l'Académie de médecine et le ministre le choisit pour représenter dignement la Belgique à l'Exposition universelle de Paris.

D'autres honneurs encore sont venus à celui qui ne les recherchait pas, mais les méritait si bien : les étudiants reconnaissants lui offrirent son buste et le Roi le nomma Commandeur de l'ordre de Léopold. Son haut mérite reçut ainsi toutes les consécrations.

Si chez les hommes supérieurs le caractère et le cœur ne sont pas toujours à la hauteur de l'intelligence, chez Hairion l'homme privé était aussi admirable que l'homme de science et nulle vie ne fut plus

sagement ordonnée, plus droite, plus digne, ni hélas ! plus éprouvée que la sienne.

« Aucune existence n'est complètement jugée, aucune vertu n'est achevée sans l'épreuve de l'adversité. Celle-ci donne à la vie du chrétien la douceur dans la résignation et le courage dans le détachement ; elle répand sur nous comme un avant goût des choses de la grande patrie où nos joies se sont envolées avec nos illusions. Or, pour que rien ne manquât à la vie de cette âme, il a plu à Dieu de la frapper coup sur coup dans ce qu'il y avait de plus intime dans ses affections. C'est au moment de l'épanouissement de sa double maternité qu'il reprit à M. Hairion la compagne bien aimée de sa vie, puis bientôt après, un de ses fils. »

Les épreuves ne sont pas finies : dans l'écroulement de toutes les joies de la famille il lui restait une chère tête sur laquelle il avait reporté toutes les affections de son âme, un beau jeune homme aux plus grandes espérances, et qui allait atteindre sa 19e année quand un mal implacable le saisit. Dès la première heure l'œil attentif du père vit le nouveau sacrifice auquel il fallait se préparer. Pendant deux mois Hairion assista à la lente extinction de son dernier fils, le visage souriant, afin que l'enfant ne soupçonnât pas ses angoisses et ne pût pas demander, comme Isaac, où donc est la victime ?

Les espérances de l'autre vie peuvent seules soutenir l'homme dans d'aussi poignantes épreuves : Hairion les traversa avec ce courage tranquille que les premiers chrétiens apportaient au martyre, et aucune plainte ne sortit des lèvres de ce vieillard laissé seul, debout, au milieu des croix qu'il avait plantées sur les tombes où gisait son cœur.

Le deuil use plus que le travail et, à bout de forces physiques, le vétéran demanda, en 1883, à être enfin déchargé du fardeau qu'il avait si vaillamment porté pendant quarante-sept ans. L'éméritat cependant ne fut pas pour lui le repos : on ne rompt pas du jour au lendemain les habitudes de toute la vie. Les sciences évoluent sans cesse, l'esprit humain marche, qui n'avance plus recule et déchoit, or, l'ancien maître voulait se tenir au courant du mouvement scientifique, parce qu'il tenait à rester, comme par le passé, pour ses anciens élèves devenus ses collègues, un stimulant, un conseil et une direction.

L'an dernier, tout à coup, il tomba sans parole et sans mouvement :

on crut qu'il allait rejoindre ses chers morts. Ce n'était pas la fin, ce n'était qu'un avertissement, et quelques jours plus tard, la liberté des mouvements, de la pensée et de l'expression lui était rendue. L'ancien clinicien si clairvoyant n'était pas homme à se faire illusion : il n'avait pas à mettre l'ordre dans ses affaires—l'ordre avait régné dans toute sa vie et en avait réglé tous les détails — mais il ferma ses livres... et il attendit patiemment l'heure que la Providence cache à tous les yeux, même à ceux qui savent la regarder venir sans se troubler.

Le 13 août il fit sa promenade habituelle et manda son confesseur. Le lendemain matin, comme il se préparait à se rendre à l'église, il se sentit mal à l'aise et appela au secours. Les secours arrivèrent, mais furent inutiles : une heure plus tard Frédéric Hairion n'était plus.

Ses funérailles se firent dans une ville dépeuplée par les vacances académiques, sans discours et sans pompe, comme lui-même l'avait ordonné.

Ainsi finit cette noble, chrétienne et utile existence, dans un coup de foudre, comme ces chênes vigoureux que les ans ni les tempêtes n'ont pu courber.

EUGÈNE HUBERT.

L'APPAREIL ELYTRO-PTÉRYGOÏDE DEVANT L'ACADÉMIE.

Séance du 26 novembre. Discours de M. le prof. EUGÈNE HUBERT.

MM., Quand l'œuf arrivé à maturité excite la matrice arrivée à son complet épanouissement, le col s'efface, puis s'ouvre, et par les contractions, qui attirent son ouverture en haut et en dehors, et par la poche amniotique, que le resserrement utérin propulse vers le bas Tractions d'un côté, poussée de l'autre, tel est le procédé, doux et puissant, que la nature emploie pour dilater le canal en goulot de bouteille par où l'enfant fera son entrée dans le monde.

M. Chassagny, de Lyon, a eu l'idée d'attaquer le canal cervical par le bas, comme la nature l'attaque par le haut, au moyen d'une vessie

animale gonflée par de l'eau. Cette poche des eaux artificielle distend d'abord le vagin, fait bailler l'ouverture du museau de tanche, y envoie son prolongement herniaire qui l'élargit de plus en plus et, comme dans le mécanisme naturel, tractions et poussée concourent synergiquement à une dilatation régulière et rapide.

Il n'est pas sage de refuser de suivre la nature quand elle montre la voie : je ne connais aucun de ses procédés que l'ingéniosité de l'homme ait réussi à imaginer plus parfait et je m'étonne que l'idée de M. Chassagny, empruntée à la nature, ait pu inspirer de si vives répugnances à un esprit aussi judicieux que M. Hyernaux. Cette idée ce n'est pas, croyez le bien, un engouement irréfléchi qui me l'a fait recommander à l'attention des praticiens — j'aurais trop de remords s'il m'arrivait de les engager dans une mauvaise voie, — ce n'est pas davantage une obstination d'amour-propre ou un sentiment exagéré de mes devoirs de *subrogé-tuteur* qui me pousse à la soutenir — non, je fais œuvre de bonne foi et de profonde conviction en préconisant une méthode nouvelle dont le principal adversaire — je pourrais dire le seul jusqu'ici, — vous disait en 1883 : « C'est une véritable merveille... c'est la conception la plus heureuse si elle tient seulement la moitié de ses nombreuses promesses. » Ces promesses elle les tiendra ; je les ai vues déjà en grande partie se réaliser sous mes yeux ; j'ai le devoir de le dire — et si ce débat se prolonge outre mesure, ce n'est pas à moi qu'en bonne justice l'Académie doit s'en prendre.

Nous sommes loin, vous a dit M. Hyernaux, du point de départ ; permettez-moi de penser que c'est uniquement parce que nous approchons du *point d'arrivée*. Au début tout, absolument tout, m'était contesté et j'avais tout à édifier : aujourd'hui il ne reste pour ainsi dire plus que des points accessoires en question. Avant de les aborder il me paraît utile de jeter un rapide coup-d'œil rétrospectif sur les étapes parcourues, pour définir les positions relatives de l'attaque et de la défense et faire voir clairement de quel côté on a conquis ou perdu du terrain.

Première étape. Attaquant la méthode par la base, M. Hyernaux est d'abord venu nous dire que la vessie animale — l'âme de l'appareil — ne sort pas des sacs, filets, flaçons et, où on l'enferme. Je vous rappelle qu'il a même voulu vous faire voir la chose..., mais la vessie

récalcitrante qu'il a apportée ici... était crevée ! — De mon côté je vous ai démontré *expérimentalement* que la vessie s'échappe, malgré les insuccès de M. Hyernaux, malgré je ne sais quel principe de physique invoqué par M. Boëns, malgré tout! Je vous ai exposé ensuite les lois ou les conditions de production du phénomène et le *fait fondamental* qui a été nié, a cessé d'être contestable : il est acquis.

Deuxième étape. M. Hyernaux vous a ensuite soutenu que les vessies animales développées dans le vagin n'agissent pas autrement que les tampons ordinaires et ne pénètrent pas dans la matrice.

J'ai répondu, péremptoirement, me paraît-il : à la première de ces affirmations, par l'observation de M. Bomal, dans laquelle l'appareil élytro-ptérygoïde procura en *une* heure de temps, ce qu'une vessie de Gariel n'avait pas procuré, en un jour; — à la seconde, par des observations où la nature a pu être surprise sur le fait et où M. Demeersman et moi nous avons constaté, de la manière la plus positive, la présence d'un prolongement de la vessie dans la matrice.

Donc, contrairement à la thèse soutenue :

1° La vessie agit *autrement* qu'une vessie de Gariel ou qu'un tampon ordinaire;

2° Elle pénètre dans le col.— *Quod erat demonstrandum.*

Troisième étape. M. Hyernaux a-t-il été plus heureux en soutenant que si la vessie pénétrait dans la matrice, son action dans le *placenta prævia* serait détestable parce qu'elle asphyxierait sûrement l'enfant (1).

Pour établir logiquement cette thèse, il aurait dû démontrer que la vessie animale décolle plus largement le placenta que les sacs de Barnes et l'éponge préparée, ces moyens considérés cependant comme les meilleurs. En attendant cett e démonstration, de mon côté, me basant sur l'étiologie et sur le mécanisme des accidents — et sur l'étude des divers modes de traitement — et sur les statistiques des auteurs — et sur les observations par moi recueillies, je crois avoir établi que la méthode de Chassagny présente sur toutes les autres les immenses avantages suivants : elle permet, dans les circonstances les plus émouvantes où deux existences peuvent dépendre de l'opportunité et de la rapidité des secours, d'intervenir plus tôt; de prévenir les accidents immi-

(1) Dans 4 de nos observations sur 8, l'enfant est né vivant (Obs. de MM. Bomal, Vriamont, Vankeerbergen et Van den Bril.

nents, d'agir plus rapidement, d'agir plus sûrement pour la mère et, moyennant certains précautions, d'agir plus sûrement aussi pour l'enfant.

Après avoir ainsi fait face à l'agression de tous les côtés où elle s'était produite, je pouvais croire la campagne devant l'Académie terminée : mon honorable collègue avait même annoncé qu'il renonçait à prolonger le débat. Il s'est ravisé et j'attache un trop grand prix à sa conversion totale pour ne pas le poursuivre jusque dans ses derniers retranchements. C'est la quatrième étape qu'il nous oblige de fournir.

Dégagé de ses ornements oratoires, son discours — que je n'ai pas eu le plaisir d'entendre — tient tout entier en ces quelques propositions :

La vessie ne pénètre pas dans les *cols vierges* ;

Dans le *placenta prævia*, elle appuie plus sur le gâteau que sur la matrice ;

Dans l'accouchement prématuré elle peut dévier la tête ;

Dans l'hémorrhagie *post-partum* elle est dangereuse ou insuffisante ;

Conclusion — beaucoup plus large que les prémisses — ces inconvénients doivent la faire proscrire de la pratique obstétricale.

Nous allons examiner rapidement ces prémisses et démontrer que cette conclusion n'est fondée ni sur la raison ni sur l'expérience.

I. HÉMORRHAGIES POST-PARTUM.

J'aborderai en premier lieu le seul point où le désaccord entre M. Hyernaux et moi ne soit pas absolument complet. Où il condamne sans hésitation, je me suis borné à poser des réserves. N'étant pas encore en mesure de me prononcer définitivement, j'attends.

Voici ce que j'écrivais en 1883. « Les complications les plus ordinaires de l'avortement de 2 à 4 mois sont l'hémorrhagie, dépendant d'un décollement incomplet de l'œuf, et la rétention du placenta. Pour surmonter les difficultés de la situation, pour parer à tous les accidents, quoi de plus ingénieux, de plus simple et de plus complet que l'appareil élytro-ptérygoïde ? En se dévoloppant dans le vagin, il l'obture hermétiquement ; en pénétrant dans la matrice, il remplace par un œuf artificiel, l'œuf naturel trop tôt rompu ; il appuie contre les vaisseaux déchirés et les bouche ; il excite les contractions qui vont

décoller tout le placenta et tarir définitivement l'écoulement de sang, et, enfin, il dilate suffisamment le col pour que le doigt ou des pinces puissent passer et extraire, au besoin, les derniers débris du placenta. La conception est admirable et l'outil parfait. »

« Mais les services que la vessie rend dans les fausses couches de 2 à 4 mois, peut-on encore les lui demander contre les mêmes accidents se produisant plus tard, alors que la cavité utérine a pris de plus amples dimensions? Notre confrère de Lyon l'affirme : nous n'osons pas nous prononcer, voici pourquoi. « Il n'est pas difficile de » comprendre, dit M. Chassagny, que si l'on remplit exactement tout » l'espace compris entre le fond de l'utérus et la vulve par un corps » qui distende légèrement ces cavités, qui s'y moule exactement, qui » pénètre dans les plus légères anfractuosités, tout écoulement sanguin » est absolument impossible. » C'est évident... si on *remplit exactement tout l'espace...*, mais chez la femme qui vient d'accoucher, cet espace est énorme : le sac à bourrer s'étend du périnée à l'épigastre et mesure, au bas mot, 30 centimètres de circonférence en ses endroits les moins larges. Une vessie de cochon ne me paraît pas suffisante pour combler un gouffre comme celui là. Or, si le ballon ne remplit pas exactement la caverne, rien n'empêche que le sang afflue dans les espaces laissés inoccupés, puis soulève et distende les parois flasques d'une matrice inerte. Il n'y aura plus de saignement visible, mais la femme peut mourir d'hémorrhagie interne. »

« Cet accident ne se produira que si la matrice est profondément inerte, soit, mais les matrices atones sont précisément celles qui saignent et qui réclament l'intervention. M. Chassagny compte sur l'action dynamique, vitale, de son appareil et le danger est écarté s'il est vrai qu'il produit toujours, comme il le dit, des contractions utérines : « Si on laisse écouler l'eau en tenant l'extrémité du tube relevée, pour » qu'elle ne puisse obéir à la pesanteur, on constate un jet vigoureux, » lorsque le jet commence à diminuer, on serre un moment le tube » pour laisser à l'utérus le temps de se contracter à nouveau ; le jet a » repris de la force et, après avoir renouvelé cette manœuvre jusqu'à » ce que l'écoulement soit complet, on retire le ballon complètement » vide, on est absolument sûr que la cavité utérine est parfaitement » effacée, on sent le globe utérin qui a acquis une dureté exception-

» nelle et qui a perdu généralement toute tendance à se relâcher. »

Surtout, ajouterons-nous, si l'on ne s'est pas trop pessé de laisser la déplétion s'accomplir.

Comme on sent bien que ce passage a été écrit sur nature et qu'on est tenté de partager la confiance d'un auteur assez sûr de lui-même pour affirmer ceci : « Dans tous les cas où j'ai eu l'occasion d'interve-
» nir, l'hémorrhagie a été instantanément arrêtée avec autant de sûreté
» que si j'avais suspendu l'écoulement du liquide d'un tonneau en
» tournant la clef du robinet. Aussi lorsque je suis muni de la vessie,
» je suis complètement rassuré contre la plus redoutable complication
» de l'accouchement. »

Mon Père a été appelé un jour en consultation dans un cas dont l'histoire peut se résumer ainsi : primipare; tumeur fibreuse interstielle, volumineuse, du fond de la matrice, ayant déterminé d'abord une présentation de l'épaule, puis, après la délivrance, une hémorrhagie incoërcible. Le placenta était greffé au niveau du fibrome qui empêcha le muscle de revenir sur lui-même et de boucher les vaisseaux déchirés. Compression de l'aorte, ergot, injections, tout fut inutile, la femme mourut, mais je ne puis m'empêcher de penser que l'appareil de Chassagny l'eût vraisemblement sauvée.

II. FIBRO-MYOMES UTÉRINS.

Je viens de parler des fibromes-utérins et, comme M. Hyernaux m'a reproché autrefois d'avoir omis de citer ces néoplasmes au nombre des indications de l'appareil élytro-ptérygoïde, je vais m'expliquer à ce sujet.

J'ai écrit en 1883 : « Nous employons depuis longtemps l'ergotine en injections sous-dermiques contre les fibro myomes utérins que nous ne pouvons enlever. Nous avons constamment observé que, sous son influence, la tumeur devient plus nette sous la main et plus dure; elle semble se tasser sur elle-même. En même temps les phénomènes les plus pénibles, les compressions de la vessie, du rectum, des vaisseaux et des nerfs, et les hémorrhagies diminuent. Ces résultats s'expliquent par le resserrement tétanique des fibres-cellules et par le rétrécissement des vaisseaux nourriciers de la tumeur. L'appareil élytro-ptérygoïde,

en provoquant des contractions utérines, semble agir par le même mécanisme, mais son action est nécessairement momentanée, tandis que celle de l'ergotine peut être rendue continue et indéfiniment prolongée.

» Mais si nous n'admettons pas que l'appareil de Chassagny puisse remplacer l'ergotine, nous sommes loin de lui dénier pour cela toute utilité. Le polype développé dans la cavité utérine provoque des contractions qui ont pour résultat d'abord d'ouvrir l'orifice interne, puis d'effacer le col et, finalement, de dilater l'ouverture du museau de tanche. Ce travail est laborieux comme celui de l'avortement, pour les mêmes raisons, et il s'accompagne, comme lui, de vives douleurs et d'abondantes hémorrhagies. Il faut des mois, et souvent des années, pour que les crises aboutissent à chasser le polype dans le vagin et, aussi longtemps que dure la lutte, l'existence de la femme est vraiment misérable. Il arrive, si l'on touche au moment d'un de ces pseudo-avortements, qu'on sente le néoplasme en partie engagé dans le col béant : la crise passée, les élasticités du col et du pédicule n'étant plus violentées, le polype redevient inaccessible au doigt. C'est ce qu'on a appelé les *polypes intermittents* : expression vicieuse, puisque ce n'est pas le polype, mais son apparition qui est intermittente.

» Il est évident que l'appareil de Chassagny est appelé à rendre d'importants services dans des cas de ce genre. En opérant instantanément une dilatation que la nature ne procure qu'avec une lenteur désespérante, au prix de très vives coliques et d'énormes pertes de sang, en permettant d'atteindre tout de suite la cause de tous les accidents et de l'enlever, il épargne du temps, des souffrances et des forces. »

A l'appui de ces vues, nous avons rapporté une observation où l'appareil élytro-ptérygoïde nous a ouvert le col et nous a permis d'atteindre le corps étranger. Nous avons la conviction qu'une deuxième application — à laquelle la malade, morphiomane d'ailleurs, n'a pas voulu se soumettre — nous eût permis d'exécuter l'opération radicale.

Cette digression, un peu longue, ne nous a pas trop écarté de notre sujet et je me hâte d'aborder de front la discussion.

III. PÉNÉTRATION DE LA VESSIE DANS LE COL.

Sans affirmer catégoriquement nulle part qu'il admet aujourd'hui la pénétration des vessies animales dans le col des femmes enceintes, mon honorable collègue ne la nie plus cependant : c'est un pas considérable qu'il a fait en avant et je me félicite du rapprochement qu'il opère entre nous. Mais « il ne peut concevoir et il ne lui a pas été » démontré qu'un *col de matrice vierge* se soit laissé pénétrer d'em- » blée par une vessie animale ou autre » Il estime que le vagin éclaterait plutôt.

Dois-je tâcher d'obtenir qu'il me concède au moins quelques cols vierges, comme il semble m'avoir déjà abandonné tous les autres ? Au fond je n'y tiens pas énormément : j'ai en vue des résultats si importants que je pourrais en abandonner un accessoire. Comparée aux autres utilités pratiques de la méthode, celle-ci est certainement la moindre et je la sacrifierais sans trop de regrets si je pouvais me décider à lâcher même une parcelle de ce que je crois la vérité. Je rappelle sommairement le fait contesté : nullipare, non enceinte, col étroit, long, rigide, fermé. J'applique l'appareil élytro-ptérygoïde et lorsque je le retire je constate — avec quelque surprise, je l'avoue — que le doigt peut parcourir dans toute sa longueur ce canal cervical qui auparavant n'admettait pas une sonde fine. C'est *après* cette constatation que j'introduisis un gros bâtonnet de laminaria pour *augmenter* la dilatation *déjà* obtenue.

Il n'y avait pas de déchirure dans le vagin.

Ce fait préoccupe M. Hyernaux : il comprend que s'il reste debout tout l'échafaudage de son opposition est par terre. Pour éviter cet effondrement nous fera-t-il voir l'obstacle qui pourrait bien empêcher un doigt de gant, pour ainsi dire fluide, de pénétrer dans un canal où le doigt lui-même pénètre sans difficulté? Non, il préfère — après nous avoir opposé autrefois une expérience faite dans les pires conditions, sur le *cadavre d'une vieille femme dont le col était rétréci* — invoquer aujourd'hui une comparaison et deux arguments, échappés à l'improvisation, sans doute, et si fragiles qu'ils ne sauraient servir une seconde fois.

« Il est arrivé, dit-il, à des chirurgiens, après de vains essais pour » pénétrer dans la vessie d'un homme, d'y parvenir inattenduement » plus tard. » Il ne leur est jamais arrivé, je pense, de pouvoir passer le doigt dans le canal uréthral d'un homme qu'ils ne parvenaient pas à sonder ! Et cela fût-il arrivé, que nous importe ! La comparaison embrasse des objets si disparates qu'elle étonne plus qu'elle ne persuade. Si mon honorable collègue tient absolument aux comparaisons tirées de la chirurgie, je me permettrai de lui en suggérer une plus heureuse : les grosses hernies intestinales, sorties par de très petites ouvertures. Elle lui rappellera la tendance des sacs souples et glissants à s'insinuer partout.

Passons aux arguments. La vessie ne serait pas entrée dans le col : 1° parce que la patiente n'a pas accusé de douleurs; 2° parce que le niveau du liquide dans le réservoir d'alimentation n'a pas varié.

Singulières raisons, en vérité ! Comment M. Hyernaux ne s'est-il pas aperçu que l'absence de tranchées utérines, comme l'absence de convulsions chez l'éclamptique dont nous avons rapporté l'histoire, prouve tout simplement que la vessie est un agent de dilatation moins brutal et moins irritant que tous les autres ?

En second lieu, il oublie certainement que la capacité d'une *cavité utérine vierge* est de *quelques gouttes* à peine — et que le reflux de quelques gouttes est aussi incapable d'influencer d'une manière sensible le niveau d'une colonne d'eau de 10 *centimètres* de diamètre (1), que l'agneau de la fable était incapable de troubler la boisson du loup !

Les dernières raisons sur lesquelles M. Hyernaux base son incrédulité s'évanouissent donc toutes seules. Les premières — qu'il ne reproduit plus du reste — ne tenaient pas plus solidement. L'*irritation*! Mais, quel que soit l'agent qui la produit, elle provoque le gonflement inflammatoire ou le spasme, et ferme les cols, plutôt qu'elle ne les ouvre. Les *contractions du fond* de l'organe ? Mais elles n'ont, je l'ai fait remarquer, absolument aucune action sur l'*orifice externe* d'un *col non effacé*. Les *tiraillements du vagin* ? Mais ils ne portent que sur les points d'attache, la portion *sous-vaginale* du col, et ne peuvent

(1) Le réservoir dont nous nous servions avait une capacité de deux litres.

avoir qu'un effet mécanique, ouvrir en entonnoir la partie inférieure du canal cervical, non le dilater dans toute sa hauteur. Or, dans le cas en litige, la perméabilité *complète* ne pouvant être attribuée ni à l'irritation locale, ni à un relâchement réflexe, ni aux contractions utérines, ni aux tiraillements du vagin, il est évident que la vessie seule a pu le produire.

Une vessie animale a donc pénétré dans un col vierge : voilà le fait; il a été constaté par de nombreux témoins et aucune argumentation ne peut l'infirmer ou le changer. Se reproduira-t-il toujours chez toutes les nullipares ? Je n'ai jamais dit cela ; mais j'estime que pour résoudre la question les recherches expérimentales vaudraient mieux que les négations *a priori*. Autant je tiens à un fait positif, autant je me garde des généralisations hâtives. Un premier succès m'enhardit à en espérer un second, je ne vais pas plus loin. Je sais qu'une seule hirondelle ne fait pas le printemps, mais on ne peut m'empêcher de penser qu'elle l'annonce comme très proche.

La pénétration de la vessie que je venais de voir s'effectuer dans les conditions où je devais le moins l'attendre, je pouvais, en bonne logique, l'espérer dans les conditions si favorables créées par la multiparité et surtout par le ramollissement et la perméabilité de la grossesse : qui peut le plus peut le moins, et les nombreuses observations que je vous ai rapportées ont prouvé irréfutablement que mes espérances étaient fondées.

IV. PLACENTA PRÆVIA.

Si je saisis bien l'argumentation de mon honorable contradicteur, mes observations de *placenta prævia* — qui lui paraissent cependant « témoigner éloquemment de l'efficacité remarquable, instantanée de » l'appareil élytro-ptérygoïde » — ne seraient pas probantes, d'abord parce que les femmes se trouvaient en état syncopal; ensuite parce que le sang vient plus de la matrice que du placenta; enfin, parce que la vessie presse plus sur le gâteau que sur l'utérus.

Sans doute, certains écoulements de sang peuvent être arrêtés par une syncope, mais lorsqu'il s'agit d'un placenta prævia n'est-il pas à peu près certain que les saignements reprendront, sinon aussitôt que

la syncope aura cessé, du moins bientôt après ? La syncope est un accident plutôt qu'un remède et elle est trop voisine de la mort pour qu'on puisse l'espérer ou l'attendre.

Le tampon s'impose donc, ne fût-ce que pour la prévenir, et M. Hyernaux ne va pas jusqu'à soutenir qu'il ne faille pas tamponner ou que le tampon ne puisse réussir qu'à la faveur d'une lipothymie. Or, la vessie animale distendue par de l'eau est le plus merveilleux de nos moyens hémostasiques : elle procure une pression uniforme sur tous les vaisseaux déchirés, aussi énergique qu'on la désire, aussi prolongée que de besoin.

Le sang provient de la matrice, sans doute — c'est si bien connu que j'ai cru inutile de le répéter — mais il vient certainement aussi, ne l'oublions pas, du placenta dont les lacs veineux et les vaisseaux, si largement anastomosés entre eux, se vident et, pour le dire en passant, c'est peut-être là le plus grand danger que l'enfant ait à courir : il naît exsangue... et pas seulement asphyxié.

Quoi qu'il en soit, si M. Hyernaux soutient encore que la vessie n'entre pas dans ces cols ramollis et souvent déjà ouverts, comment peut-il me refuser le bénéfice qu'il demande lui-même au tamponnement ? Mais je tamponne comme lui et plus rapidement et plus hermétiquement et mieux (1) !

Si au contraire je suis parvenu, non sans peine, à lui faire admettre cette pénétration, comment peut-il soutenir qu'une vessie envahissant le col sous une pression énergique, égale dans toutes les directions, comme toutes les poussées hydrauliques, n'appuie que sur le placenta et non sur les parois utérines ? Mais elle pèse dessus d'un poids d'environ cent grammes par centimètre carré de surface (2) ; mais elle les excite et distend si bien qu'en une heure de temps l'effacement du col et sa dilatation sont complets ! Je l'ai fait remarquer déjà, ce ne sont pas les vessies qui ne pénètrent pas, et provoquent seulement des con-

(1) Il n'est pas question ici des cas exceptionnels où les eaux étant écoulées, le tampon, quel qu'il soit, est dangereux,

(2) D'après les lois de la physique, loi de Pascal, la pression dans les liquides se transmet avec une égale intensité dans toutes les directions. Il est donc faux de dire que la vessie comprime plus le placenta que les parois utérines : elle les comprime *également*. Seulement les effets de la poussée seront plus marqués, plus évidents du côté où elle rencontre moins de résistances capables de la neutraliser.

tractions réflexes qui donnent d'aussi rapides résultats et jamais, que je sache, ni le colpeurynter de Braun, ni le ballon de Gariel, ni le tampon classique, ni « un corps étranger quelconque introduit dans le vagin » et appliqué contre le col » n'en ont procuré de comparables.

Mais il me suffit en médecine pas d'être dans le vrai en théorie — et elles sont vaines les doctrines que la clinique ne confirme pas. Consultons donc les faits.

Dans les 8 observations de placenta prævia par nous recueillies (1) l'hémorrhagie a toujours été instantanément réprimée; et l'effacement et la dilatation du col ont toujours été obtenus avec une rapidité et une innocuité jusqu'ici sans exemple. Une femme est morte. . de *pleuro-pneumonie* (2). Nous pourrions laisser de côté ce cas malheureux qui fausse nos résultats et dont la méthode n'est pas responsable. Nous préférons le compter et accepter une mortalité de 14, 2 %, alors que les statistiques accusent une mortalité de 31 !

Voilà pour la mère : voyons pour l'enfant. Les statistiques ont établi que ses chances de mort sont de 63,5 %. De nos 8 enfants, deux survivent, 2 ont vécu une demi heure (3), les 4 autres sont nés morts. Mais il ne faut pas oublier que sept ont été amenés par le forceps ou la version; que l'un d'eux avait des circulaires du cordon autour du cou (4); et que 2 autres avaient un rétrécissement considérable du bassin à traverser (5). De sorte qu'il serait absolument injuste d'attribuer à la méthode seule des malheurs auxquels d'autres causes ont certainement contribué et que peut être même elles ont seules produits.

Je n'insiste pas : quelques faits ne comportent pas de conclusion générale : il me suffit d'avoir montré que jusqu'ici les résultats de la méthode que M. Hyernaux voudrait bannir de la pratique, ont été magnifiques pour la mère et très encourageants pour l'enfant. J'espère qu'ils parviendront à vaincre les dernières répugnances de mon

(1) Obs. de MM. les docteurs Bomal, Vriamont, Arnould, Dedoncker, Boon. A. Vankeerbergen, Waroquier et Van den Bril.

(2) Couches absolument normales jusqu'au 6e jour où éclate brusquement une pleuro-pneumonie (Dr Arnould).

(3) Obs. du Dr Bomal, enfant *exsangue* et rétrécissement de 75 à 85 millimètres.

(4) Obs du Dr Boon.

(5) Rétrécissement de 8 centimètres (DrVriamont) ; de 75 à 85 millim. (Dr Bomal).

honoré collègue et à faire cesser une opposition que je regrette d'autant plus de sa part qu'elle vient de plus haut.

V. PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

S'il s'agit de provoquer l'accouchement avant terme pour cause d'insertion vicieuse du placenta, je me demande en quoi la déviation de la tête pourrait bien contrarier un praticien décidé à introduire la main pour retourner l'enfant et terminer plus vite? Son opération en sera plus facile et plus rapide.

S'agit-il d'une viciation pelvienne, je me garderai de nier que les appareils à ampoule puissent dévier la tête ou que cette déviation soit sans inconvénients. Mais je ferai observer qu'il suffit, en général, comme nous l'avons fait avec M. Demeersman, d'appuyer les mains des deux côtés de l'hypogastre pour empêcher la tête de fuir vers les flancs; que dans *aucune* de nos observations l'accident d'une présentation vicieuse ne s'est produit et, enfin, que les têtes les plus faciles à déplacer sont aussi les plus faciles à ramener par une pression extérieure, une simple imposition de main.

A faire de la déviation de la tête, si facile à empêcher où à corriger, un argument grave contre la méthode de Chassagny, mon honorable collègue me paraît tomber dans une exagération qui pourrait se retourner contre lui. Il a dans l'œil une petite paille qui lui fait voir des poutres chez autrui, et c'est uniquement pour la lui ôter que je le dénonce comme l'auteur oublieux d'une sonde portant deux petites vessies, dont la supérieure doit se développer aussi *in utero*, *au risque de refouler les têtes mobiles*, et dont l'inférieure, trop petite pour être d'aucune utilité, se développe dans le vagin.

En somme, les moyens de provocation du travail sont très nombreux; aucun n'est à l'abri de toute critique et le nouveau me semble présenter sur les anciens une incontestable supériorité : il écarte le danger de l'infection; il est plus rapide, et, non seulement il excite sûrement le travail, mais il le soutient, le force et l'abrège.

—

Je crois avoir rencontré tous les arguments produits dans cette enceinte contre la méthode de Chassagny et — je ne sais si je me fais illusion — mais au terme de cette quatrième étape, je n'aperçois plus une seule objection debout.

Il ne me reste plus qu'un mot à dire des perfectionnements apportés à l'outil.

La plus ingénieuse découverte, industrielle ou thérapeutique, ne vaut que par ses applications pratiques et la plus belle montre doit donner l'heure. L'appareil élytro-ptérygoïde était défectueux et a pu procurer des déceptions cliniques de nature à compromettre la méthode dans l'œuf. Les ailettes du spéculum causaient des douleurs assez vives et ne procuraient pas toujours une occlusion suffisante. J'ai été le premier à signaler ces défauts et à engager M. Chassagny à les corriger au plus tôt. Il est toujours fâcheux qu'une œuvre d'art soit vue avant son complet achèvement : une verrue peut gâter le plus beau visage... et tant d'yeux ne voient qu'elle !

Après les tâtonnements inséparables de tous les débuts, je crois pouvoir annoncer que les moyens d'occlusion de la vulve, simples et sûrs, cette condition première, *sine qua non*, du succès, sont trouvés. Je vais vous en offrir au choix.

Voici le dernier modèle de l'auteur : je vous l'ai décrit ; je vous le montre prêt à entrer en fonction. Je me demande seulement si la ligature qui étrangle la vessie en deux compartiments laisse assez d'étoffe au supérieur.

M. *Hyernaux*. — Cette vessie n'entrera pas.

M. *Hubert*. — C'est possible, je ne fais qu'exprimer un doute que l'expérience seule peut lever.

M. *Hyernaux*. — Le compartiment supérieur a 16 centimètres et le vagin n'a pas 16 centimètres.

M. *Hubert*. — Il a beaucoup plus.

M. *Thiry*. — 16 centimètres ! Y pensez-vous ?

M. *Hubert*. — Parfaitement ; le vagin est une cavité virtuelle qui peut se laisser distendre énormément et prendre les proportions d'un fond de chapeau. La question est de savoir si la vessie, après avoir distendu le vagin, aura encore assez d'étoffe pour entrer dans la matrice.

Voici un appareil qui m'a été adressé par M. Klein-Glitska, de Gand. Il est constitué par une plaque de caoutchouc durci, rattachée par des courroies à une ceinture.

M. *Hyernaux*. — Cela ne suffira pas.

M. *Hubert*. — Vous n'en savez rien, mon cher collègue, et encore une fois c'est chose à expérimenter.

Voici, enfin, l'appareil que j'ai fait construire par M. Lindenmaier. Il se compose, outre la vessie préparée, d'un disque en caoutchouc creux, de 10 centimètres de diamètre, de 4 centimètres d'épaisseur. Disque souple, facile à introduire, muni d'un tube qui permet de le gonfler d'air ou d'eau et percé au centre d'un canal pour le passage du tube qui alimente la vessie.

Je compte sur sa souplesse pour réduire au minimum les douleurs de la pression et j'espère qu'il tiendra bien, même chez les pluripares très larges. Dans les cas où il montrerait quelque tendance à se laisser expulser, je pense qu'il serait facile à contenir soit à la main, soit par une simple bande de linge appliquée sur les organes externes.

A l'expérience maintenant de décider si le problème de l'occlusion est définitivement résolu, ou s'il faut chercher encore d'autres moyens pour arriver à retirer de l'idée théorique la plus ingénieuse, les merveilleux bénéfices pratiques qu'elle promet.

DISCUSSION.

M. Hyernaux. — Messieurs, lorsque je donne ma parole, j'ai pour habitude de la tenir. Or, dans une précédente séance, j'ai promis de ne plus intervenir dans la discussion; je n'y rentre donc que pour présenter une simple observation. M. Hubert nous dit qu'il ne faut pas inférer que la vessie n'a pas pénétré dans la matrice, parce que sa première cliente n'a éprouvé aucune douleur et que le niveau du liquide n'a pas varié; la cavité utérine, dit-il, est si petite et la vessie exerce une pression si douce que le peu de liquide qui pénètre dans la matrice ne peut ni changer le niveau dans le récipient, ni provoquer des contractions douloureuses.

M. Hubert est trop occupé pour ne pas avoir eu l'occasion de cathétériser souvent la matrice. Il doit donc savoir que la sonde seule provoque des douleurs...

M. *Thiry*. — Des douleurs très vives.

M. *Hubert.* — Oui, dans le dos et dans les reins.

M. *Hyernaux.* — Or, si votre cliente nullipare n'a pas éprouvé de douleurs (phénomène sur lequel M. Chassagny s'appuie), si le liquide n'a pas changé de niveau, jusqu'à preuve du contraire je prétends que la vessie n'a pas passé.

Au surplus, M. Hubert doit encore avoir eu l'occasion, depuis lors, de s'assurer de ce qui se passe dans l'intérieur des matrices malades, atteintes d'écoulements de toute espèce, de polypes, etc. ; je désire savoir s'il a renouvelé sa première expérience et s'il lui est encore arrivé de voir une vessie passer à travers le col long, dur et fermé de la matrice d'une nullipare?

M. *Hubert.* — Non, le cas ne s'est plus présenté. Il s'agissait alors d'une malade qui se trouvait dans le service de M. Michaux.

M. *Hyernaux.* — Cette observation remonte à quatre ans; or, je le répète, depuis ce temps vous avez dû avoir à traiter des femmes chez lesquelles il importait de dilater le col utérin.

M. *Hubert.* — Nous nous sommes trouvé devant une difficulté pratique que vous avez signalée vous-même et qui consistait à maintenir la vessie.

M. *Hyernaux.* — Justement.

M. *Hubert.* — Nous sommes depuis peu de temps seulement en possession d'appareils qui vont nous permettre d'agir avec plus de certitude.

M. Hyernaux. — Je n'ai jamais prétendu (j'en appelle aux souvenirs de l'Académie tout entière), que l'appareil de M. Chassagny ne pouvait pas être employé d'une manière plus ou moins favorable dans certains accouchements (!?); mais j'ai toujours soutenu que la vessie ne pénètre pas dans la matrice d'une femme vierge, à travers un col dur et resserré.

M. *Hubert.* — Vous vous butez contre un fait. Niez-vous celui-ci? Après une application de l'appareil élytro-ptérygoïde, mon doigt a pu passer dans le canal.

M. *Thiry.* — Et la femme n'était pas enceinte?

M. Hubert. — Non, nullipare, non enceinte, col long, dur et fermé.

Mon doigt a pu passer. Acceptez-vous ce fait comme vrai, ou le contestez-vous?

M. *Hyernaux.* — Je crois que vous avez pu introduire le doigt.

M. *Hubert.* — Comment a-t-il pu entrer, alors?

M. *Hyernaux.* — Mais je ne suis pas absolument convaincu qu'avant d'appliquer la vessie il vous eût été impossible d'introduire le doigt.

M. *Hubert.* — Mais j'avais essayé de l'introduire; j'en appelle à M. Michaux. Le sondage était impossible; comment donc ce canal s'est-il ouvert? Je vous demande de m'expliquer ce fait, et vous ne me répondez pas.

Vous m'objectez que le canal ne s'est pas ouvert, parce que la femme n'a pas éprouvé de douleurs; mais elle a pu ressentir des douleurs utérines qu'elle a confondues avec les douleurs de compression.

Vous dites aussi que la vessie n'a pas pénétré, parce qu'il n'y a pas eu de reflux.

M. *Hyernaux.* — Il n'y a eu aucun symptôme, aucun indice de pénétration.

M. *Hubert.* — Mais la meilleure preuve résulte du fait que mon doigt a pénétré.

M. *Hyernaux.* — Votre doigt a peut-être pénétré par suite du travail que la vessie a déterminé par une pression excentrique dans le vagin, mais sans pénétration de celle-ci dans le col.

M. *Hubert.* — Mais non; je vous ai démontré que les tiraillements du vagin ne portent que sur ses attaches et peuvent ouvrir le col en entonnoir mais non le dilater dans toute sa longueur.

M. *Hyernaux.* — Il m'est arrivé d'introduire dans le canal des sondes d'une assez grande dimension, alors qu'une heure auparavant il m'eût été impossible d'y faire pénétrer une très petite. Il ne faut pas oublier qu'un spasme qui existe dans un moment donné peut disparaître dans un autre.

M. *Thiry.* — Je demande à présenter quelques courtes observations, relatives au sujet que l'on discute en ce moment et qui m'intéresse au plus haut point.

Je suis d'avis que la dilatation du col utérin, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, n'est pas aussi simple ni aussi facile qu'on le prétend. Il est entendu que je ne parle pas en ce moment comme accoucheur, mais bien comme praticien qui a eu l'occasion de traiter un grand nombre de femmes atteintes d'affections utérines. J'ai toujours remarqué que, dans la grande majorité des cas, la pénétration dans le col de la matrice d'un hystéromètre, et même d'une simple sonde, était non seulement difficile, mais encore douloureuse. Dans les cas d'endométrites granuleuses, fongueuses et hémorragiques, où la dilatation du col peut s'imposer, on ne la réalise pas aisément, et l'on ne doit agir qu'avec circonspection et prudence, si l'on veut éviter les nombreux accidents qui se produisent presque constamment, surtout chez les femmes nerveuses et impressionnables. Tous ceux qui s'occupent de maladies de femmes savent qu'on ne parvient guère qu'après 24 heures de dilatation, à ouvrir le col de la matrice.

MM. Hubert et Hyernaux sont d'accord pour reconnaître cette vérité, et pas plus que moi, ils ne veulent de ces procédés qui n'ouvrent le col utérin qu'en le violentant. Mes réserves ne s'adressent certainement pas aux femmes qui ont eu des couches nombreuses et chez lesquelles, d'habitude, le canal utéro-vaginal présente des dimensions assez grandes pour permettre une dilatation facile et rapide. Il n'en est plus de même chez les jeunes femmes nullipares.

C'est précisément sur cette question que MM. Hubert et Hyernaux se trouvent en désaccord. M. Hubert prétend que, par l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny, il est possible de pénétrer dans le col d'une nullipare et de le dilater progressivement sans la moindre douleur et sans danger; d'après lui, la vessie de l'appareil, ayant rempli le vagin, pénètrerait finalement petit à petit dans le col et dans la matrice et les dilaterait. Il cite un fait qui prouve d'une manière indéniable ce qu'il avance. M. Hyernaux, avec toutes les apparences de la raison, conteste la possibilité de ce fait. Je n'ai pas ici à me poser en juge; mais je déclare qu'il serait à désirer que l'appareil de Chassagny possédât la puissance bienfaisante que M. Hubert lui reconnaît et qu'il défend avec tant de conviction. Il aurait rendu un immense service à l'humanité ainsi qu'aux médecins qui s'occupent des accouchements et des maladies des femmes.

Les principes qui ont été formulés par M Hyernaux ont pour moi une grande autorité, parce qu'ils émanent d'un homme extrêmement compétent dans la matière; mais j'ajoute immédiatement qu'en présence du fait produit par M. Hubert, je commence à hésiter et à reconnaître que le vrai n'est pas toujours vraisemblable, l'honorabilité et la valeur scientifique de M. Hubert étant au-dessus de toute suspicion. Mais un seul fait ne suffit pas. Il faut que M. Hubert cherche à multiplier ses observations. Si dans ses expériences ultérieures, il parvient, dans les mêmes conditions, à renouveler le résultat qu'il vient de nous signaler, alors tous les doutes seront dissipés, et pour tous, l'appareil de M. Chassagny aura réalisé un grand progrès, non seulement comme agent hémostatique dans les cas d'hémorragie qui se produit avant, pendant ou après l'accouchement, mais encore comme moyen de diagnostiquer les nombreuses affections que l'on rencontre dans la cavité utérine.

M. Hyernaux. — C'est évident; tout le monde le reconnaît.

M. Thiry. — Notre collègue aura résolu un problème dont la solution a été jusqu'ici mise en doute; il épargnera à de malheureuses femmes des complications excessivement graves, résultat de l'application de moyens imparfaits ou insuffisants, violents et par là même dangereux. Il n'y a pas à le contester, l'appareil de M. Chassagny est

inoffensif par lui-même et dans son application. La distension de la vessie dilatatrice s'opère par l'eau qu'on y injecte. M. Hubert vient de nous dire que cette injection se fait doucement, progressivement, de manière à augmenter petit à petit, selon le besoin, et à maintenir la compression dilatative du col. Il est à désirer que cette expérience soit renouvelée.

M. *Hubert*. — Je la renouvellerai.

M. *Thiry*. — Comme je viens de le dire, un seul fait ne peut constituer une preuve suffisante.

M. *Hubert*. — C'est évident, j'ai eu soin, en vous citant le fait, de ne pas en tirer de conclusions générales.

M. *Thiry*. — Je le répète, je suis résolu à me ranger à votre opinion, si vous recommencez cette expérience et si vous parvenez à reproduire le résultat que vous avez obtenu une première fois.

M. *Hubert*. — Je ferai ce qui dépendra de moi pour vous donner satisfaction.

M. *Thiry*. — Je serais même très heureux d'assister à une démonstration de ce genre.

M. *Wasseige*. — Je crois que ces Messieurs ne s'entendent pas le moins du monde. Il ne s'agit pas des dimensions de l'orifice; il n'est pas question de savoir si l'on a affaire à une nullipare ou à une multipare: il importe de se mettre d'accord sur la dureté du col. Si l'on se trouve en présence d'un col vierge, sain, résistant, la vessie ne passera pas; mais, si l'on a affaire à un col ramolli, je ne doute pas que la vessie ne puisse passer à travers l'orifice externe de la matrice. MM. Hubert et Hyernaux se mettraient peut-être d'accord s'ils tenaient compte de la dureté ou de la mollesse du col dans leurs appréciations respectives.

M. *Hyernaux*. — Ces points ont été traités.

M. *Thiry*. — La dureté du col est presque égale chez toutes les femmes, à moins qu'il ne soit le siège d'altérations pathologiques.

M. *Wasseige*. — Précisément.

M. *Thiry*. — S'il y a un état pathologique du col, l'expérience ne se fera plus dans les conditions voulues; s'il y a, par exemple, une transformation fibreuse rétractile, le résultat que l'on obtiendra à l'aide de l'introduction d'une certaine quantité d'eau, sera tout différent de celui que l'on aurait obtenu si le col eût été sain. Si l'on injectait de l'eau dans un urèthre sain, on le dilaterait certainement; cela ne voudrait pas dire qu'on obtiendrait le même résultat s'il était atteint de rétrecissement fibreux. On a prétendu dernièrement le contraire, mais je doute que cette idée ait de l'avenir.

M. *Wasseige*. — Je n'ai pas suivi la discussion qui a eu lieu anté-

rieurement; je me borne à insister sur le fait au sujet duquel ces messieurs semblent être en désaccord en ce moment, et je répète que la divergence d'opinions qui se manifeste cesserait, s'ils s'entendaient relativement à l'état de mollesse ou de dureté du col.

M. *Michaux*. — Remettons cette discussion.

M. *Thiry*. — Je demande aussi que cette discussion continue ultérieurement.

M. *Hyernaux*. — Il s'agit du col dur et ferme d'une femme qui n'a jamais conçu.

M. *Wasseige*. — La pénétration s'est faite en combien de temps?

M. *Hubert*. — En trois quarts d'heure. Cette femme se trouvait dans le service de M. Michaux; une vingtaine d'élèves étaient présents. La patiente avait des saignements considérables; il s'agissait de savoir s'ils provenaient d'une métrite ou d'un petit polype. Ne comptant pas même réussir, j'ai essayé l'appareil avec un plein succès, et cette femme est aujourd'hui complètement guérie.

M. *Wasseige*. — C'est réellement merveilleux.

M. *Hyernaux*. — Si le doigt a passé, cela ne prouve pas que la vessie a pénétré.

M. *Hubert*. — Encore? Mais si le doigt a passé, c'est que le canal était ouvert, et je vous ai prouvé que la vessie seule avait pu l'ouvrir!

M. *Thiry*. — Je demanderai à M. Hyernaux de ne pas se prononcer, dès à présent, d'une manière absolue. Pour ma part, je me suis toujours servi des anciens procédés de dilatation exploratrice et de compression hémostatique; mais il faut bien accepter comme vrai le fait cité par M. Hubert et attesté par de nombreux témoins, d'autant plus qu'il nous promet de renouveler ses essais.

M. *le Président*. — Il est évident que la question n'est pas résolue, et il est clair, d'autre part, que nous ne l'éluciderons pas par des discussions; elle ne peut l'être que par des faits. Je pense, en conséquence, que nous pourrions clore la discussion; mais entendre ultérieurement l'exposé de faits nouveaux qui pourraient se produire.

M. *Hyernaux*. — C'est évident; rien n'empêchera ceux qui auraient de nouvelles observations à fournir de les soumettre à l'Académie.

M. *le Président*. — La discussion est donc close. Les accoucheurs et les spécialistes sont invités à nous communiquer les faits nouveaux qui sont de nature à élucider la question. — Cette proposition est acceptée.

—

Ceux de nos lecteurs qui ont pris intérêt à la méthode de M. Chassagny, auront éprouvé sans doute, à suivre la discussion académique, un certain étonnement. — Nous essayons d'attirer l'attention des *accoucheurs* sur une nouveauté thérapeutique appelée à rendre les services les plus importants dans la *pratique obstétricale* .. et la dernière discussion ne porte plus que sur les *cols vierges*,dont nous avons eu l'imprudence de parler incidemment ! Les accoucheurs se taisent et ce sont les gynécologues qui objectent !

Faut-il en conclure qu'après avoir combattu absolument toutes nos propositions obstétricales, on finit par reconnaître qu'elles sont fondées? Qui ne dit plus mot, consent-il? — S'il en est ainsi nous ne regrettons ni notre temps ni nos peines; notre but est pleinement atteint; il est établi que l'instrument,que M. Hyernaux voulait proscrire de la *pratique obstétricale*, doit y entrer parce qu'il peut rendre, dans les circonstances les plus émouvantes et les plus difficiles, dans les hémorrhagies de l'avortement, du placenta prævia et, peut-être même de la délivrance; — dans les rétentions de l'arrière-faix abortif ou à terme; — dans l'éclampsie ; — dans certains cas de fibromes utérins; — dans l'accouchement provoqué ou forcé, des services que les moyens classiques ne sauraient procurer avec autant de sécurité, d'innocuité, de rapidité et de puissance.

A en juger d'après les récits d'observations qui nous affluent de tous côtés, nous sommes parvenu à faire partager notre conviction par un grand nombre de nos confrères, et aucun de ceux qui ont fait l'essai de l'arme de précision nouvelle mise dans ses mains,ne semble regretter sa confiance ni disposé à revenir aux armes anciennes dont personne, au fond, ne pouvait se dire satisfait.

Mais la vessie n'entre pas dans les *cols vierges!* — Voilà qui est fâcheux et gâte tout. N'est-ce pas un peu comme si l'on reprochait au forceps de n'être pas aussi un tire-botte ou un cure-dent? Mais nous n'avons jamais songé à présenter l'appareil élytro-ptérygoïde comme devant ou pouvant servir à tout. Que les cols *vierges* soient réfractaires ou non, qu'importe aux accoucheurs, pourvu que les cols *gravides* obéissent?

Un jour, par hasard, la vessie animale nous a ouvert un col vierge qui n'admettait pas la sonde la plus fine. Des hémorrhagies abon-

dantes et répétées l'avaient-elles placé dans des conditions vitales insolites, exceptionnellement favorables ? — C'est bien possible. — Quoi qu'il en soit, après avoir constaté, comme nous le devions, le fait, un peu surprenant, qui venait de se passer sous nos yeux, nous nous sommes soigneusement gardé de nous écrier : *ab uno disce omnes!* Notre logique ne se permet pas ce genre de généralisations : en revanche elle nous obligeait de montrer que toutes les interprétations imaginées par M. Hyernaux pour renverser le fait ou pour l'expliquer, ne résistaient pas à l'examen.

Aucun des moyens auxquels il a fallu recourir jusqu'ici pour ouvrir les cols *non gravides*, n'est de nature à inspirer un bien vif enthousiasme : l'éponge préparée, le laminaria, le tupélo, même aseptiques, ne sont pas sans inconvénients; le procédé de Vuillet est d'une lenteur désespérante et réclame une huitaine de jours en moyenne; les procédés instantanés, par les dilatateurs métalliques, sont douloureux et brutaux, et M. Thiry a eu raison de faire remarquer combien serait précieuse, au point de vue du diagnostic et du traitement des affections utérines, la découverte d'un agent qui ouvrirait la porte sans la faire éclater et fraierait la route sans violence et sans danger.

Les vessies animales seront-elles l'agent désiré ? – C'est une question nouvelle, en dehors de celle dont nous avons poursuivi la solution. Nous ne sommes pas encore en mesure de la traiter, mais le fait par nous observé nous laisse au moins quelque espérance et nous allons diriger nos recherches de ce côté. Qu'elles échouent ou qu'elles aboutissent, cela n'intéresse réellement que les *gynécologues*, auxquels nous ne nous sommes pas adressé jusqu'ici. Nous le répétons : le seul but que nous avons eu en vue nous semble atteint, et nous n'avons pas à nous repentir d'avoir attiré l'attention des *accoucheurs* sur une idée nouvelle, ingénieuse et féconde. Nous nous croyons même en droit de faire aujourd'hui un pas de plus qu'au début et de leur dire : La voie que nous vous avons signalée n'est pas une fausse route; vous pouvez vous y engager avec confiance.

Dr EUGÈNE HUBERT.

OBSERVATIONS D'EMPLOI DE L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE.

Obs. XIX. *Bipare près de terme — éclampsie — application de l'élytro-ptérygoïde, qui lance le travail et permet de le terminer en moins de 2 heures, sans nouvelles convulsions.* (Observation recueillie par M. le Dr GEERAERTS, de Louvain).

Le 12 août 1887, je suis appelé en toute hâte, la nuit, auprès d'une femme de 33 ans prise de convulsions éclamptiques, et qu'il y a juste un an, j'ai traitée pour les mêmes accidents à l'occasion de son premier accouchement. Elle est dans son neuvième mois et les accès sont véritablement effrayants. J'ai recours à la morphine et aux lavements de bromure de potassium et de chloral. Vers onze heures du matin, ces moyens ont produit le calme et je me décide à provoquer le travail.

Le col est effacé mais semble plus épais et plus dur que d'ordinaire : il admet à peine l'extrémité de mon doigt. J'applique l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny, qui provoque des contractions utérines, mais qui, au bout de 25 minutes, est expulsé. Cette application cependant n'a pas été inutile : le col s'est manifestement ramolli, il s'est plus largement ouvert et mon doigt peut le traverser facilement. Je remets l'appareil en place, mais il ne tient pas et, attribuant en partie l'insuccès à une installation défectueuse et à une assistance insuffisante, je renonce à la pression hydraulique et je distends la vessie par insufflation. Je réussis pleinement cette fois; les douleurs deviennent fréquentes et énergiques et au bout d'une demi heure, lorsque je laisse l'eau s'échapper, je constate avec une vive satisfaction une dilatation du col complète. J'introduis les branches du forceps et j'extrais un enfant un peu étourdi, mais bientôt ranimé.

La mise en train du travail et sa terminaison n'ont pas demandé en tout *deux heures*, et chose remarquable, — sur laquelle M. le prof. Hubert a déjà attiré l'attention, — la provocation des douleurs utérines s'est faite sans irriter d'autres réflexes et sans provoquer aucun nouvel accès de convulsions.

Le lendemain matin la femme, sortie du coma, va très bien : elle n'a absolument aucun souvenir de ce qui s'est passé la veille et croit que je l'ai endormie pour l'accoucher sans douleur.

Couches sans aucun accident; enfant bien portant.

Obs. XX. *Pluripare à 8 mois — hémorrhagie par placenta prævia latéral — l'appareil élytro-ptérygoïde ouvre le col en 3 heures — version — enfant vivant.* (Observation recueillie par le Dr J. VAN DEN BRIL, de Merxem).

Catherine S..., arrivée au 8e mois de sa septième grossesse, et qui perdait un peu de sang depuis quelques jours, est prise dans la nuit du 2 au 3 de ce mois d'une hémorrhagie abondante, provenant d'une insertion du placenta sur le côté gauche du col. Il n'y a pas eu de douleurs; le travail n'est pas déclaré; le col n'est même pas complètement effacé et n'admet que l'extrémité du doigt.

Le docteur Van Aertselaer et moi appliquons l'appareil élytro-ptérygoïde, qui provoque aussitôt des contractions. En le retirant, au bout d'une heure, nous constatons que le col s'est effacé et élargi et, comme du sang se remet à couler, nous réappliquons à l'instant l'appareil et le laissons de nouveau une heure en place. L'ouverture du col s'est encore élargie, la tête appuie mieux dessus et il ne vient plus de sang.

Au cours d'une troisième application la nature des douleurs nous indique bientôt que la dilatation doit être suffisante : elle l'est en effet.

Nous introduisons la main, nous allons chercher les pieds et nous amenons un enfant vivant.

Couches normales.

ANTIPYRINE DANS LES MALADIES DOULOUREUSES.

La *Revue* (n° de mai 1887) a résumé la communication du professeur Germain Sée sur l'utilité de l'antipyrine dans les céphalées où elle se montrerait supérieure à tous les autres moyens de traitement; il y a lieu cependant de faire des réserves à ce sujet, d'après la communication du prof. Mendel insérée dans le dernier numéro de la *Revue*.

A la séance du 6 septembre de l'Académie de médecine, le prof. Sée a longuement énuméré les diverses applications thérapeutiques et détaillé le mode d'emploi de l'antipyrine : nous résumons dans ce qui suit sa communication.

I. *Rhumatismes articulaires, aigus et chroniques, goutte et ses paroxysmes.*

Comme avec le salicylate de sodium, les gonflements et les douleurs du rhumatisme articulaire aigu cèdent aussi vite et aussi facilement que le mouvement fébrile : on fait à la fois des injections d'antipyrine au niveau des articulations douloureuses — deux à trois fois par jour à la dose de 30 centigrammes par seringue — et un traitement interne — 3 à 4 grammes par jour. Pour éviter les rechutes, les malades doivent continuer, pendant 10 ou 15 jours encore, l'usage interne et quotidien de 3 grammes d'antipyrine.

Le domaine de l'antipyrine est dans le rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu, avec ou sans hydarthrose : tout ce qui n'est pas inflammatoire échappe à l'action du médicament.

Comparant les diverses médications rhumatismales, M. Sée concluait dans le sens suivant :

1° Le salicylate semble présenter une certaine supériorité dans les rhumatismes graves, articulaires, généralisés, fébriles, mais, si le cœur est tombé dans un état d'asthénie ou s'il présentait une débilitation antérieure, un trouble de compensation, par suite de lésions valvulaires anciennes, il n'y a pas à hésiter ; le salicylate n'est pas l'ami du cœur et l'antipyrine qui ne trouble pas le myocarde, offre d'incontestables avantages sur le salicylate.

2° L'antipyrine, par la bénignité de ses effets, la certitude de son action, dépasse manifestement le salicylate dans les affections rhumatismales *apyrétiques* : on peut en continuer l'usage impunément ; et l'employer en injections sous-cutanées.

3° L'antifébrine n'offre pas d'avantage réel sur l'antipyrine.

4° Le salol présente une véritable infériorité sur tous les autres moyens anti-rhumatiques..

L'antipyrine est impuissante pour guérir ou amender la *chorée* d'origine rhumatismale et en général toute la série des rhumatismes internes.

Parmi les rhumatismes articulaires, une forme grave qui fait le désespoir de la médecine active, l'*arthrite chronique sèche* ou avec épanchement synovial, est susceptible de guérison par l'antipyrine ; de même que l'*arthrite noueuse* ; toutefois, il y a des insuccès, à côté de cures obtenues dans des conditions très défavorables.

Les *paroxysmes de goutte cèdent rapidement sous l'influence des piqûres d'antipyrine associées à l'usage interne* du médicament.

La *goutte chronique peut se modifier et se guérir* comme le rhumatisme par la même médication.

II. *Douleurs lombaires, dorso-intercostales, sciatiques.*

Les effets de l'antipyrine sont souvent instantanés ; ainsi, les lumbagos, quelle qu'en soit l'origine et la date, se guérissent immédiate-

ment après deux injections de 30 centigrammes d'antipyrine, aidée de 3 grammes d'antipyrine prise à l'intérieur.

Il en est de même des douleurs dorsales et intercostales; les sciatiques les plus invétérées peuvent céder au traitement antipyrique complet (injections et usage interne) continué 2 ou 3 semaines; sur 23 cas, 2 insuccès seulement.

III. *Névrites des ataxiques*. Dans cette affection, M. Sée persiste à donner la préférence à l'antipyrine sur l'antifébrine, à cause de la cyanose passagère provoquée par ce médicament.

D'ailleurs, sauf dans deux cas où l'antifébrine a avantageusement remplacé l'antipyrine, celle-ci lui a toujours permis de débarrasser les malades des douleurs fulgurantes, surtout en combinant l'usage interne avec les injections sous-cutanées; ce traitement ainsi combiné peut, sans troubler la santé des malades, être employé pendant des semaines entières.

Les *névrites du zona* si douloureuses, si persistantes, ont toujours guéri de la même manière après un temps variable; de même, les *névrites diabétiques* ont été très rapidement modifiées.

Les *céphalées d'origine syphilitique*, *les céphalées dues à des tumeurs cérébrales* cèdent aussi rapidement en dépit de leur nature organique.

IV. *Douleurs viscérales. — Coliques hépatiques*, *néphrétiques*, *gastro-intestinales*, *utérines*.

Depuis l'introduction des injections d'antipyrine à la place de celles de morphine, Sée dit être parvenu au bout de quelques minutes à supprimer la douleur dans la *colique hépatique* avec ses conséquences; les piqûres faites, la guérison est consolidée par l'administration de l'antipyrine à l'intérieur — quatre fois par jour, un gramme d'antipyrine dans de l'eau glacée, le lendemain, trois grammes et on continue ainsi huit à dix jours.

Ce qui est vrai pour les calculs biliaires ne l'est pas moins pour les *calculs néphrétiques* — une à trois injections d'antipyrine et à l'intérieur, dès que l'état nauséeux a diminué et le permet, 2 à 3 grammes du médicament; l'accès se trouve conjuré au bout de 10 à 20 minutes.

Dans les *dysménorrhées membraneuses*, on ordonne l'antipyrine à prendre à l'intérieur lors de l'apparition des règles, ou mieux encore on fait prendre un gramme et demi d'antipyrine en lavement : la douleur qui souvent durait des heures entières et se renouvelait tous les mois depuis de longues années, cesse pour ainsi dire brusquement, et le flux cataménial s'établit dès lors sans aucune difficulté; il est entendu qu'il faut renouveler ce facile procédé à chaque nouvelle époque.

Lorsqu'une *dyspepsie chronique ou une atonie de l'estomac* devient douloureuse, on doit tenter l'association de l'antipyrine au bicarbonate de soude par parties égales, par demi gramme trois fois chaque jour dans un demi verre d'eau glacée au commencement des repas.

Dans les *affections intestinales douloureuses*, de fortes doses sont nécessaires : toutes les trois heures, un gramme d'antipyrine, et, si la médication ne réussit pas sous cette forme, les injections antipyriques.

V. *Des douleurs et points de côté cardiaques. — Anémies douloureuses du cœur. — Angine de poitrine.*

Les points de côté cardiaques, qui, d'après l'auteur, siégent dans les nerfs ou les muscles intercostaux et sont des névralgies d'irradiation ou des myosalgies réflexes, reconnaîtraient trois genres de causes; tantôt, elles seraient dues au nervosisme ou à l'anémie; tantôt, elles résulteraient d'une lésion quelconque du cœur; tantôt enfin, elles seraient constituées par la sclérose des artères coronaires, pour donner lieu alors à l'angine de poitrine vraie.

L'antipyrine peut triompher, dit-il, des premiers degrés de l'angine et à plus forte raison des points de côté cardiaques d'autre origine.

Pour enrayer l'accès d'angine, aucun moyen, pas même l'injection de morphine, ni la respiration de nitrite d'amyle ne lui a paru comparable à l'injection d'antipyrine à la dose de 50 centigrammes dissous dans autant d'eau : en même temps, le malade doit immédiatement inhaler la pyridine qu'il doit porter sur lui dans un flacon hermétiquement fermé.

Pour éviter les attaques consécutives, le malade prend d'une manière régulière 3 ou 4 grammes d'antipyrine par la voie stomacale.

« Je soumets, disait M. Germain Sée en terminant, cette médication à l'appréciation de l'Académie, je la crois vraie et utile ; elle constitue en effet pour tous les organes le véritable moyen de calmer leur sensibilité exaltée ; c'est le remède des douleurs et de la douleur ».

Ajoutons que le dr Dujardin *(Journal des Sc. médic. de Lille* n° 44), a attiré l'attention sur l'utilité de l'antipyrine, constatée par plusieurs ophtalmologistes, dans *les douleurs oculaires* en général.

Kacaourow a essayé le remède sur 29 malades atteints de kératites, d'iritis, de glaucôme, etc. et 14 fois après une seule dose d'un gramme, 13 fois après deux doses, 2 fois seulement après trois doses, il a eu raison des symptômes douloureux.

Le Dr Post a eu recours à l'antipyrine dans nombre d'iritis spécifiques ou non, toujours avec avantage, dans l'ulcération de la cornée, le phlegmon subaigu de l'œil.

Le Dr Dujardin a obtenu de son côté des résultats non moins favorables de l'antipyrine et il termine en exprimant la conviction que la

thérapeutique oculaire bénéficiera largement de la vulgarisation du nouveau remède.

Récemment, à l'Académie des sciences, M. Dupuy a conseillé l'emploi de l'antipyrine contre *le mal de mer*.

En faisant prendre le remède à la dose de 3 grammes par jour pendant trois jours avant l'embarquement et pendant les trois premiers jours de la traversée, il a vu que des personnes, auparavant très éprouvées par le mal de mer, en ont été épargnées.

Le Dr Ossian-Bonnet a affirmé également que l'antipyrine arrête toujours les accidents du mal de mer. — 3 grammes en deux fois au maximum, ou un gramme en injection sous cutanée.

En ce qui concerne les *injections sous-cutanées d'antipyrine*, le Dr Beaudouin (*Bulletin médical*, 1887, n° 50) a indiqué les moyens d'éviter les inconvénients qu'elles présentent dans la pratique : à savoir, la douleur produite par l'introduction du remède sous les téguments, douleur qui, quoique très localisée et toujours passagère, est parfois très vive, presque intolérable même; puis, la tuméfaction consécutive à l'injection qui peut devenir pour les malades une cause de gêne excessive ou d'effroi, qui très rarement a pu être suivie d'abcès ou de mortification.

Une première précaution à prendre serait d'introduire toujours *profondément* l'aiguille et de pousser très *lentement* l'injection : le massage de la partie avec la pulpe des doigts sera également utile, une fois l'injection faite.

Pour épargner la douleur, on n'oubliera pas qu'elle tient surtout à la concentration des solutions employées : aussi, se servira-t-on de solutions diluées, toutes les fois que la chose est possible, par exemple :

Eau	1 gr. 50.
Antipyrine	50 centigram.

Dans les cas qui réclament une action rapide et énergique, il est important d'injecter, au même moment, un gramme d'antipyrine; alors, on aura avantage à ajouter à la solution ordinaire (parties égales d'eau et d'antipyrine) une certaine quantité de cocaïne, par exemple :

Eau Antipyrine	1 gramme.
Chlorhy. de cocaïne	15 à 20 milligr.

Ce procédé aurait le double avantage de prévenir la douleur des injections, tout en évitant leur trop grande multiplication.

Quoi qu'il en soit, le dr S. Fraenkel (*Deut. med. Woch.* 1886, n° 41) confirme l'efficacité des injections d'antipyrine : une dose de 25 centi-

grammes serait suffisante et équivaudrait, en ce qui concerne l'action locale, à une injection de deux centigrammes de morphine : l'effet utile serait obtenu au bout de 10 à 15 secondes seulement et serait plus durable que celui de la morphine.

Le *prix élevé* de l'antipyrine a été jusqu'ici un obstacle à sa vulgarisation : à ce sujet, le Dr Dujardin-Beaumetz proteste dans le *Bulletin médical* (n° 73) contre l'introduction dans la thérapeutique courante des médicaments brevetés : l'antipyrine rentre dans ce groupe de médicaments ; on a tourné la difficulté apportée par la loi qui interdit les médicaments brevetés, en brevetant d'une part le nom d'antipyrine et d'autre part, les appareils destinés à la produire en grand.

De cette façon, si tout pharmacien peut produire de l'antipyrine, il ne pourrait vendre ce produit sous le nom d'antipyrine qui lui restera désormais attaché, et en outre, il ne pourrait mettre en vente de l'antipyrine fabriquée par le procédé allemand, sans risquer d'être poursuivi par les tribunaux de commerce.

Le même auteur proteste également contre le prix élevé auquel certains pharmaciens vendent encore l'antipyrine ; ce prix qui est souvent maintenu à 1 franc le gramme est exorbitant et basé sur les anciens prix-courants ; or, actuellement l'antipyrine ne coûte plus que 140 francs le kilogramme.

Néanmoins, le prix reste toujours élevé pour un médicament qui doit être administré à la dose de 3 à 5 grammes par jour pendant longtemps : aussi, fera t-on bien, nous semble-t-il, de ne pas perdre de vue que l'antifébrine ou l'acétanilide, aussi favorablement appréciée par certains auteurs que l'antipyrine (Voir *Revue médicale n°* de juin 1887) ne coûte que 6 à 8 francs le kilogramme et peut être employée à des doses notablement moindres que l'antipyrine.

L'antifébrine a sur l'antipyrine ce désavantage que son insolubilité dans l'eau en rend l'emploi impossible par la voie souscutanée; mais, quoi qu'en dise Sée, il n'est nullement prouvé qu'elle soit plus dangereuse à manier. L. D.

—

LE MICROBE DU CANCER.

A la Société de médecine de Berlin, le 2 novembre 1887, le prof. Bergmann faisait une communication sur l'*inoculation du carcinôme par contiguité.*

Il y a des cas dans lesquels le carcinôme paraît nettement infectant ; par exemple, dans le cancer de l'intestin accompagné de nodules cancéreux dans le repli de Douglas, il semble que des particules cancéreuses se sont détachées de la tumeur intestinale et ont été portées

par la pesanteur dans cette région où elles se sont greffées et développées ensuite.

Klebs a signalé un cas de cancer du palais, suivi de noyaux métastatiques dans l'estomac ; Israël un cancer du voile, suivi de cancer du duodénum ; Kraske un cancer de la partie supérieure du rectum, suivi de nodules de la région périanale ; Lücke un cancer de la langue avec cancer de la gorge : le prof. Bergmann lui-même a présenté à la séance un malade chez lequel, trois mois après un cancer de la lèvre inférieure, il s'était produit un cancer de la lèvre supérieure : vu la rareté du cancer de la lèvre supérieure, il considérait comme très probable que ce cancer était le résultat de l'inoculation de la tumeur semblable de la lèvre inférieure.

M. Hahn avait ensuite rapporté l'expérience suivante : chez une malade atteinte de cancer en cuirasse, trois petits nodules avaient été enlevés et transplantés, comme par la méthode de la greffe épidermique, sur une autre région de la peau : les nodules s'étaient développés de manière à acquérir des dimensions plus grandes.

La question en était là, lorsque, à la séance du 28 novembre de la même société, le Dr Scheurlen est venu annoncer qu'il avait découvert le microbe du carcinôme.

Après avoir rappelé que l'infection cancéreuse communiquée d'un individu à un autre a été très-rarement démontrée par la clinique, que les cas d'auto infection sont par contre très nombreux, par exemple l'infection des ganglions lymphatiques, que des expériences de transmission d'une affection cancéreuse aux animaux ont été entreprises fréquemment, parfois avec des résultats positifs, le Dr Scheurlen a exposé les résultats obtenus par lui dans ses recherches sur la pathogénie du cancer.

Nous résumons sa communication d'après l'article publié par la *Semaine Médicale* (1887, n° 48).

L'auteur a eu à sa disposition dix cancers du sein, — qui ont été placés immédiatement après l'enlèvement dans des linges antiseptiques, examinés au microscope et inoculés — en outre, un certain nombre de ganglions cancéreux et des cancers d'autres organes.

Avant tout, il a cherché à trouver un terrain propre pour les expériences de culture, et il s'est arrêté au liquide d'un épanchement pleurétique retiré par la ponction, stérilisé d'après les principes de Koch, puis coagulé par la chaleur.

Cultures du microbe. Le suc carcinomateux fut recueilli avec toutes les précautions d'usage pour éviter une souillure accidentelle, et une gouttelette, de la grosseur d'un grain de mil, fut implantée au moyen d'une piqûre sur le terrain de culture renfermé dans une

éprouvette; l'éprouvette fut placée alors dans une étuve chauffée à 39°. Le troisième jour, toute la surface du sérum était recouverte d'une pellicule incolore qui, peu à peu, se plissa et présenta au bout de quelque temps une couleur brun-jaunâtre.

L'auteur fit ainsi avec chaque carcinôme vingt inoculations dans le sérum et obtint toujours au moins sept cultures, dans la plupart des cas, beaucoup plus.

En examinant la pellicule au microscope, il trouva des bacilles longs de 1,5 à 2,5 microns et larges de 0,5 micron et d'autres éléments presque de même longueur, en apparence ovoïdes, avec un éclat brillant, qu'il faut vraisemblablement considérer comme les spores. Le mouvement des bacilles se fait autour d'un centre : il est analogue à celui du fléau d'une balance; le mouvement des spores est un mouvement de rotation.

Les bacilles et les spores se colorent à peu près d'après le même mode que les bacilles de la tuberculose.

Quant à la *démonstration des bacilles et des spores sur les coupes de la tumeur*, l'auteur avoue qu'il n'a pas réussi à faire cette démonstration avec une certitude absolue, au moins pour les bacilles, mais *il a pu démontrer la présence des spores* dans le suc carcinomateux, au moins dans les deux tiers de ses préparations; dans la plupart des cas, elles sont en masses, rarement elles sont isolées : une fois elles remplissaient une cellule.

Les cultures prises sur sérum ont été inoculées sur de l'agar-agar et y ont fourni au bout de 12 heures une pellicule incolore, formée de bacilles; au bout de ce temps, les spores commencent à se développer.

Sur la gélatine, le bacille du carcinôme croît fort lentement. Les cultures directes sur l'agar réussissent rarement : sur la pomme de terre la pullulation du bacille est assez abondante, de même dans le bouillon de peptone de viande.

Depuis le mois d'octobre, le Dr Scheurlen a pu faire *des expériences sur les animaux* : il a inoculé à six chiennes la culture du bacille sur l'agar, en l'injectant dans le tissu de la glande mammaire postérieure : quatre des chiennes vivent encore; deux ont été sacrifiées, l'une le 35me jour, la seconde le 28me jour après l'injection. On constata dans le tissu de chaque glande une tumeur grosse comme une noisette ; l'examen microscopique fit voir des cellules agrandies, fortement granulées, dont quelques unes étaient certainement des cellules épithéliales. A côté de celles-ci il y avait des cellules en voie de dégénérescence graisseuse. Il n'y a pas de doute qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire chronique et d'une dégénérescence. La présence du bacille du carcinôme fut démontrée dans la tumeur et par le microscope et par les cultures qui en ont été faites.

Il ressort de ces expériences :

1° Qu'il existe constamment dans les tumeurs cancéreuses un bacille qu'on peut obtenir à l'état de pureté ;

2° Que les spores de ce bacille se rencontrent dans toutes les préparations microscopiques des affections cancéreuses ;

3° Que l'inoculation des cultures pures de ce bacille aux animaux donne lieu à la production de tumeurs cancéreuses ;

4° En conséquence, il y a un rapport de cause à effet certain entre ce bacille et le cancer.

L'auteur a ajouté qu'il sacrifierait prochainement les quatre chiennes inoculées qui sont encore vivantes, et qu'il communiquerait les résultats nécroscopiques.

Après la communication de M. Scheurlen M. Guttmann s'est rallié à ses conclusions; la méthode employée est très simple, d'après lui, mais irréprochable; si les bacilles n'ont pu être retrouvés sur les coupes des tumeurs, cela peut tenir à ce qu'on ne connaît pas encore leurs meilleurs réactifs colorants.

Par contre, M. A. Fraenkel a présenté plusieurs objections.

D'abord le tissu du carcinôme est très peu cohérent et se prête aisément aux infections microbiennes secondaires. Ensuite, les bacilles de M. Scheurlen se développent rapidement dans les tubes à culture, ce qui est habituellement l'indice d'un développement rapide dans le corps humain. Or, le cancer, au lieu d'avoir une évolution rapide et aiguë, a une marche lente et chronique.

Tout en croyant à la nature infectieuse du cancer, M. Fraenkel demande par conséquent de nouvelles informations.

D'autre part, M. Schill, qui s'est occupé de recherches analogues à celles de M. Scheurlen, annonce qu'il a réussi à découvrir à son tour *sur les coupes microscopiques des tumeurs carcinomateuses et sarcomateuses*, un microbe spécial qui, traité par la méthode de Gram, donne l'impression d'un bacille coloré seulement à ses extrémités sous forme de double point. Dans plusieurs cas de sarcôme, les bâtonnets étaient beaucoup plus petits que ceux des carcinômes; de ces mêmes tumeurs sarcomateuses, l'auteur aurait pu retirer un champignon appartenant à la classe des moisissures; d'après cela, il présume que les bâtonnets du cancer ne sont pas de véritables bacilles, mais représentent une forme particulière de développement d'un champignon de moisissure.

En résumé, la question du bacille du cancer est, sinon sur le point d'être résolue, au moins nettement posée. L. D.

—

TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN.

Les *Annales de la Société méd. chir. de Liège* (1887 n° 9) et la *Gazette hebdom. de méd. et de chir.* (1887 n° 44) préconisent le tamponnement de la matrice à l'aide de la gaze iodoformée, d'après une pratique introduite par le Dr Dührssen, assistant du prof. Gusserow.

Cet auteur eut l'occasion de pratiquer ce tamponnement avec succès, soit à la suite de curages utérins pratiqués après des avortements, pour faire cesser une hémorragie inquiétante ou pour faire disparaître des accidents de septicémie locale, soit à la suite d'accouchements normaux ou pathologiques, pour faire cesser une hémorragie grave résultant de l'inertie utérine après la délivrance.

Le tamponnement intra-utérin n'est ainsi qu'une extension de la pratique si commune en chirurgie du tamponnement des cavités traumatiques, dans le but d'arrêter les hémorragies en nappe. Grâce à l'emploi de la gaze iodoformée, on peut laisser le tamponnement un jour, deux et même trois jours dans la cavité utérine, sans qu'on observe ni rétention des sécrétions, ni décomposition des exsudats. La façon de pratiquer le tamponnement utérin est des plus simples.

La femme est placée dans la position obstétricale, la paroi postérieure du vagin abaissée par la valve de Sims, la lèvre antérieure du col saisie par une pince de Museux.

Il sera bon de débarrasser d'abord, par une injection, l'intérieur de l'utérus, soit des caillots en cas d'hémorrhagie, soit des débris retenus, s'il s'agit de septicémie. On a préparé à l'avance plusieurs languettes de gaze iodoformée de trois travers de doigt de largeur et d'un mètre de longueur. Au moyen d'une pince — voire du doigt ou de la main — on saisit une de ces languettes à son extrémité et on la fait pénétrer dans l'utérus par portions successives. L'autre extrémité de la languette reste libre et s'échappe à travers l'orifice vulvaire.

On introduit de même une seconde, une troisième languette, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'utérus soit rempli par la gaze ainsi tassée. Le tamponnement est facile à enlever; il suffit d'exercer des tractions sur les extrémités laissées à l'orifice vulvaire.

Dans l'intervalle, la gaze absorbe les sécrétions, les désinfecte, les laisse filtrer au dehors et provoque en outre les contractions utérines en agissant comme corps étranger.

La méthode a surtout ses indications dans les hémorrhagies qui succèdent à une opération quelconque pratiquée à l'intérieur du corps utérin et dans les hémorrhagies consécutives à l'avortement et à l'accouchement. Elle serait également applicable au traitement de la septicémie utérine. L. D.

—

ÉCORCE DE PANAMA SUCCÉDANÉ DU POLYGALA.

Le polygala senega est considéré en plusieurs pays comme un des meilleurs expectorants dans l'emphysème, la bronchite chronique, certaines formes de pneumonie chronique : malheureusement on trouve dans le commerce des produits très inégaux, ou bien le polygala senega est remplacé par d'autres espèces du même genre, mais dépourvues de propriétés thérapeutiques.

Nous avons indiqué dans la *Revue* (mai 1886) un succédané très avantageux du polygala senega; c'est l'écorce de quillaya saponaria ou bois de Panama, qui renferme les deux principes actifs du polygala médicinal, mais en proportion beaucoup plus forte que celui-ci : de sorte qu'une décoction de l'écorce de Panama à 5 pour 200 est aussi active qu'une décoction de polygala à 15 pour 200.

En outre l'écorce de Panama coûte cinq fois moins cher et fournit une décoction qui est prise facilement, même sans correctif.

L'expérimentation thérapeutique à Halle, Strasbourg et Fribourg a été, d'après l'*Union médicale*, tout en faveur de la substitution.

L. D.

—

TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR L'IODURE DE POTASSIUM A DOSES ÉLEVÉES.

Le Dr Haslund rapporte dans le *Vierteljahs. f. Dermat. u. Syph.* 1887, n° 3, qu'il a traité 50 cas de psoriasis d'après la méthode du médecin suédois Grences avec les résultats suivants : 40 guérisons, 4 améliorations, 6 insuccès; la relation de ces cas est donnée dans tous ses détails : la méthode consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses; l'auteur a commencé par 3 grammes pour arriver progressivement à 40, ou même 50 grammes *par jour*; la durée du traitement a été en moyenne d'un peu plus de sept semaines, la quantité d'iodure employée s'est élevée de 160 à 1390 gr. pour les hommes, de 526 à 1328 pour les femmes, de 277 à 1520 pour les enfants.

Aucun symptôme incommode, — iodisme, troubles de la nutrition, diminution du poids du corps,—n'a été observé : aussi le Dr Haslund se croit-il autorisé à recommander vivement l'iodure de potassium à hautes doses comme la médication interne la plus utile contre le psoriasis.

L. D.

—

LAVAGE DU PÉRITOINE APRÈS LA LAPAROTOMIE.

Lorsque l'opération de la laparotomie est terminée, il importe de débarrasser le péritoine, avec le plus grand soin, des liquides tombés dans sa cavité; cette précaution est surtout indiquée, quand ces liquides ne sont pas inoffensifs par eux-mêmes, comme le sang ou d'autres liquides aseptiques, mais dangereux au plus haut point. comme les liquides des kystes suppurés, des abcès, des phlegmons, etc.

Les chirurgiens procédaient jusque dans ces derniers temps à la toilette du péritoine au moyen d'éponges ou de serviettes; ces moyens ont divers inconvenients : il faut de grandes précautions pour maintenir aseptiques les éponges; elles peuvent contusionner la surface du péritoine en l'essuyant, et elles sont peu commodes pour enlever des substances épaisses et visqueuses,ou des caillots sanguins retenus entre les circonvolutions intestinales et les plis de l'épiploon ou du mésentère

Les serviettes sont plus aseptiques que les éponges et plus souples, mais elles ont l'inconvénient de laisser sur le péritoine des peluches, des morceaux de duvet. (Terrillon, *Bulletin médical* nº 65).

Au contraire, le lavage du péritoine, analogue aux irrigations pratiquées communément après les opérations chirurgicales, a de grands avantages et est aujourd'hui généralement conseillé.

On se sert pour le lavage d'eau simple, mais stérilisée, soit d'eau distillée, soit plus simplement d'eau filtrée et bouillie; on l'emploie généralement à la température de 30°, pour ne pas refroidir la malade, ou méme à une température plus élevée, par exemple, pour arrêter certaines hémorragies en nappe ou pour lutter contre le choc.

On a préconisé également le lavage avec des solutions antiseptiques, non pas au sublimé ou à l'acide phénique à cause du danger d'empoisonnement, mais à l'acide salicylique au millième; ces solutions antiseptiques, à action microbicide faible ou nulle, ne paraissent avoir aucun avantage sur l'eau stérilisée simple.

Le lavage est pratiqué au moyen d'un irrigateur, et on fait passer ainsi dans la cavité péritonéale, suivant les cas, une dizaine de litres de liquide on plus; l'irrigation terminée, on étanche l'abdomen au moyen d'une grosse éponge.

Le lavage permet ainsi de faire sans contusion une toilette complète du péritoine : Keith, Lawson-Tait et d'autres chirurgiens, comme Terrillon, ont reconnu qu'il diminue les accidents consécutifs à la laparotomie et qu'il possède une action très efficace pour prévenir le choc opératoire.

Partant, Terrillon recommande vivement cette pratique, qui constitue d'après lui un progrès réel, dans toutes les laparotomies laborieuses pratiquées pour des tumeurs de l'ovaire ou d'autres organes. L. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 26 novembre 188-.

CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS DU BUREAU.

M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique adresse divers documents sur l'état sanitaire de quelques pays étrangers et une lettre de l'Association générale pharmaceutique de Belgique.

Le premier paragraphe de cette lettre est ainsi conçu :

« A plusieurs reprises, des membres des commissions médicales, chargés de la police médicale ont été embarrassés sur la suite à donner à certaines plaintes relatives à la vente par le premier venu de produits qui doivent être classés parmi les substances médicamenteuses et même parmi les médicaments composés dont la vente est uniquement permise par les pharmaciens. »

Comme exemples de ces produits, l'Association pharmaceutique cite l'eau de mélisse des Carmes, l'huile d'Harlem, les pastilles médicamenteuses, certaines eaux minérales, telles que les Eaux-bonnes, les eaux de la Bourboule, de Court-Saint-Etienne, etc., qui contiennent des médicaments énergiques, voire même l'arsenic. Elle termine sa lettre en priant M. le ministre de bien vouloir soumettre la question qu'elle soulève à la commission de la pharmacopée ou à l'Académie de médecine.

Acquiesçant à son désir, M. le ministre demande, à ce sujet, l'avis de la Compagnie. — Renvoi à une commission composée de MM. Lefebvre, Depaire et Janssens.

— M. le Dr Chassagny, à Lyon, adresse une note en réponse aux observations présentées par M. Hyernaux dans le cours du débat ouvert sur l'appareil élytro-ptérygoïde. — Dépôt sur le bureau pendant la discussion.

— M. Masoin demande à l'Académie, au nom de M. le Dr Heymans, assistant au laboratoire de physiologie de Louvain, à pouvoir déposer, pour être conservé dans les archives jusqu'à nouvel ordre, un pli cacheté. — Le dépôt est accepté.

— M. le professeur Wasseige, recteur de l'université de Liége, offre à l'Académie, aux membres et aux correspondants 90 exemplaires d'une brochure contenant son discours inaugural de l'année académique 1887-1888, l'exposé de la situation de l'université pendant l'année écoulée, etc. — Remercîments.

— M. Masoin présente, au nom de M. le Dr Peeters, médecin

inspecteur de la colonie de Gheel, une brochure contenant un rapport médico-légal sur un cas d'homicide.

— M. Burggraeve, membre honoraire, offre les quatre éditions de son livre intitulé : *Concours Guinard pour amélioration de la position matérielle et intellectuelle de la classe ouvrière en général et sans distinction;* il présente également un volume du *Répertoire de thérapeutique dosimétrique.*

— M. Van Bastelaer offre le tome IV de ses *Mémoires archéologiques* et le 7e fascicule de sa *Collection des actes de franchises, etc., de la ville de Charleroi.*

— Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le travail que M. le Dr P. Snyers, à Liége, a soumis à l'Académie, sous le titre de : *Contribution à la pathogénie de la maladie de Bright. — De l'albuminurie et des lésions rénales, consécutives aux injections d'albumine.* — M. Cousot, rapporteur.

M. Snyers définit d'abord la maladie de Bright, qu'il considère comme constituée par les trois facteurs principaux suivants : albumine, hydropisie et lésions des reins.

Il trace ensuite un rapide historique des opinions émises sur la pathogénie de l'albuminurie. Pour les uns, la maladie est primitivement due à une lésion des reins : c'est l'opinion de Bright; pour les autres, l'albumine altérée dans le sang est la cause des diverses lésions du rein.

Pour M. Semmola, professeur à Naples, cette affection consiste en une altération chimico-moléculaire de l'albumine du sang. Il prétend pouvoir créer de toute pièce la maladie et la déterminer artificiellement, en établissant un courant d'albumine inassimilable (blanc d'œuf) à travers les reins. Ces expériences, d'après le professeur italien, font naître sur les reins les lésions spéciales de la néphrite de Bright.

M. Snyers a repris ses expériences et a cherché, lui aussi, à résoudre les deux questions suivantes : Quelle est la nature de l'albuminurie artificielle, et quelles sont les lésions que cette affection détermine?

Il indique d'abord la technique de ses recherches. Il rapporte trois expériences d'injections de blanc d'œuf et mentionne la durée de l'albuminurie produite; puis, cinq autres expériences, avec les mêmes recherches et des études micrographiques sur les divers éléments anatomiques des reins. Ces expériences semblent infirmer les résultats obtenus par M. Semmola et amènent l'auteur à prendre des conclusions tout à fait opposées.

La mission de la commission n'allant pas, dit-elle, jusqu'à devoir

reprendre des nouvelles expériences et se constituer l'arbitre du litige, elle fait quelques réflexions à propos des recherches qui ont été faites et exprime le désir que celles qui sont à faire soient suffisamment réitérées pour élucider cet important problème.

La commission propose d'insérer l'intéressant travail de M. Snyers dans le Bulletin; de lui adresser des remerciements; de le prier de continuer ses études sur ce sujet et de faire part à l'Académie des résultats qu'il aura obtenus. — Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES.

1. *Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus (inversion supéro-latérale), amputée par l'écraseur linéaire, avec suture;* par M. le Dr Faucon, correspondant, à Lille.

C'est chez une demoiselle, âgée de 44 ans, que M. Faucon a eu l'occasion d'observer le cas qui fait l'objet de sa communication.

Le vagin était rempli par une tumeur de forme et d'aspect polypeux, du volume du poing; aucune ligne de démarcation appréciable au toucher ne séparait le polype de la portion d'utérus inversée; le pédicule libre à travers l'orifice du col avait le volume du pouce. En présence des indications fournies par l'hystéromètre, qui lui permit de pénétrer dans l'utérus, en longeant la tumeur par son côté gauche, à une profondeur de 6 centimètres, tandis que, à droite, l'instrument se trouvait arrêté à 2 centimètres, M. Faucon crut avoir à faire à un polype implanté sur la face latérale droite de l'utérus et ne rechercha pas si le pédicule jouissait d'une sensibilité particulière.

L'ablation fut pratiquée à l'aide de l'écraseur linéaire; des plaintes poussées par l'opérée, malgré l'anesthésie chloroformique, firent supposer à l'opérateur que la section portait sur le tissu utérin. Afin de se mettre à l'abri de l'hémorragie, l'instrument ne fonctionna qu'à raison de un demi pas à la minute; l'opération dura 22 minutes. Pas d'écoulement sanguin; application de quatre points de suture métallique réunissant les lèvres de la surface de section; tamponnement antiseptique du vagin. Les suites opératoires furent bénignes; la réunion, par première intention, fut obtenu et l'opérée partit guérie au bout d'un mois.

Après avoir rappelé quels sont, d'après les auteurs, les différents signes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel entre le polype simple et l'inversion polypeuse à ses différents degrés, M. Faucon met en relief la contradiction qu'il a relevée entre les signes fournis par l'hystérométrie chez son opérée et ceux observées dans l'inversion polypeuse ordinaire. L'auteur explique cette contradiction par le mode de production de l'inversion, différant suivant que le polype est inséré sur le fond de l'organe ou sur une face latérale, au voisi-

nage d'une corne utérine. Il termine ensuite sa communication par un aperçu historique de la suture et, après avoir rappelé les cas dans lesquels on y a recouru à la suite d'amputation par l'écrasement linéaire, il formule les conclusions suivantes :

1° L'inversion polypeuse d'utérus, au second degré, est susceptible de revêtir une forme particulière, à laquelle je propose de donner le nom d'inversion *supéro-latérale;*

2° Le diagnostic différentiel entre le polype simple et cette variété d'inversion peut être parfois entouré de grandes difficultés, les renseignements fournis par l'hystérométrie, dans cette forme, différant absolument de ceux observés dans l'inversion polypeuse ordinaire;

3° Le fait que je viens de relater prouve, une fois de plus, que l'exérèse pratiquée à l'aide de l'écraseur, manié avec une prudente lenteur, peut mettre le chirurgien à l'abri de l'hémorragie et ne s'oppose en rien à la réunion par première intention;

4° Le résultat favorable obtenu dans le cas particulier est un nouveau succès à enregistrer à l'actif de la suture métallique aidée du tamponnement antiseptique du vagin.

2. *De l'absorption du bacillus subtilis. — Contribution à l'étude des phagocytes,* par le Dr Gallemaerts, à Bruxelles.

M. le Dr Gallemaerts présente quelques considérations sur le rôle des *phagocytes*, cellules qui possèdent la propriété d'absorber et de détruire les microbes.

L'auteur décrit les méthodes employés pour étudier le phénomène de l'inclusion du *bacillus subtilis* chez la grenouille et pour rechercher les phagocytes. Ses observations confirment celles de Metschnikoff sur l'inclusion du *bacillus anthracis;* le phénomène se produit avec les caractères indiqués par le professeur d'Odessa. L'absorption par les globules blancs s'effectue au sein des tissus aussi bien qu'en dehors de l'organisme.

Des influences diverses paraissent intervenir dans la phagocytose; il y a lieu notamment de rechercher l'action de l'oxygène, de l'acide carbonique, de la température, afin de voir si les circonstances qui stimulent les mouvements sarcodiques sont aussi celles qui constituent des agents favorables à l'absorption.

— Conformément au second paragraphe de l'article 89 du règlement, l'Académie est appelée à se prononcer, au scrutin secret, sur l'impression du travail de M. Gallemaerts, ce médecin ne faisant pas partie de l'Académie. Elle décide qu'il sera inscrit au Bulletin.

DISCUSSION.

Discussion des communications relatives à l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny.

M. *Hubert* présente à l'Académie, à titre de documents et avec prière d'insertion dans le *Bulletin*, trois nouvelles observations d'emploi heureux de l'appareil élytro-ptérygoïde dans deux cas de *placenta prævia centralis* et dans un cas de viciation pelvienne.

M. *Hubert* prend ensuite la parole et rappelle les étapes parcourues dans cette discussion. Au début, tout lui a été contesté, et il a dû démontrer expérimentalement le fait de l'évasion des vessies animales des sacs où on les enferme; prouver que ces vessies agissent autrement que les tampons ordinaires; qu'elles pénètrent dans la matrice, et enfin, que, dans le *placenta prævia*, elles permettent une intervention plus précoce, plus rapide, plus sûre pour la mère et, peut-être même pour l'enfant.

S'attachant ensuite à réfuter le dernier discours de M Hyernaux, il expose d'abord les services que peut rendre la nouvelle méthode dans les accidents de l'avortement, dans certains cas d'hémorrhagie *post partum* et de myome utérin.

M. Hubert cherche ensuite à démontrer par le raisonnement et par des faits : 1° que les objections de M. Hyernaux contre la pénétration de la vessie, même dans un col vierge, ne sont pas fondées, la dilatation obtenue dans un cas de ce genre ne s'expliquant ni par l'irritation locale, ni par des contractions réflexes, ni par des contractions de la matrice, ni même par des tiraillements du vagin; 2° que dans le *placenta prævia* , la vessie comprime les parois du col et du segment inférieur, qu'elle ouvre rapidement, avec une puissance d'environ 100 grammes par centimètre carré de surface; qu'elle tarit les deux sources, utérine et placentaire, de l'hémorrhagie ; que, en fait, elle a procuré des résultats pratiques magnifiques pour la mère et très encourageants pour l'enfant; 3° que dans la provocation de l'accouchement, s'il est vrai que la vessie tente à dévier la tête, cet inconvénient, que présente aussi l'appareil de M. Hyernaux lui-même, n'est pas de nature à la faire proscrire de la pratique.

Après avoir rencontré les objections, M. Hubert s'occupe des perfectionnements apportés à l'outil, et il montre divers appareils : le dernier modèle de M. Chassagny, la ceinture de Klein-Glitscka, de Gand, et, enfin, l'appareil qu'il a imaginé lui-même.

M. le Président propose de clore la discussion et d'inviter les accoucheurs à faire connaître les observations militant en faveur de l'une des deux opinions qui sont en présence. — Cette proposition est adoptée.

COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret à 2 heures.

1. Discussion du rapport de la commission chargée d'examiner les

mémoires envoyés en réponse à la question suivante, mise au concours : *Faire l'exposé et la critique des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales.* M. De Roubaix, rapporteur.

La commission, qui est composée de MM. de Roubaix, baron Michaux et Soupart, a formulé ses conclusions dans les termes suivants :

1° Accorder le prix de 600 francs à l'auteur du mémoire, n° 7, ayant pour épigraphe : *Nihil potentius humores nostros corrumpit quam ipsa putrilago*, et de le publier dans les mémoires de l'Académie;

2° Accorder une mention honorable aux travaux côtés n° 3, ayant pour épigraphe : *Arma parata fero*, et n° 5, portant pour devise : *Il faut être guidé par une théorie pour se livrer à l'observation d'une manière fructueuse*, et les imprimer également dans les mémoires de l'Académie ;

3° Accorder une mention honorable aux mémoires n°s 2 et 4, le premier ayant pour épigraphe : *Entre nos ennemis, les plus à craindre sont souvent les plus petits*, et le second : *Notre seul but doit être la recherche de la vérité.*

Après un débat, auquel prennent part MM. Masius, Michaux, De Roubaix, Gallez. Soupart, Thiry et Hambursin, les conclusions de la commission sont adoptées.

Il est procédé à l'ouverture du pli cacheté, annexé au travail portant le n° 7 et ayant pour épigraphe : *Nihil potentius humores nostros corrumpit quam ipsa putrilago.*

L'auteur de ce travail est M. le Dr Léopold Dandois, agrégé à l'université de Louvain. Le prix de 600 francs lui est décerné.

Aux termes d'une des conditions des prix, les auteurs des mémoires n°s 3 et 5, qui ont obtenu une mention honorable et dont les travaux méritent d'être imprimés dans les mémoires de l'Académie, ainsi que les concurrents qui ont envoyé les manuscrits 2 et 4, auxquels une mention honorable est accordée, sont invités à se faire connaître, le plus tôt possible, par lettre à adresser à M. le secrétaire de la Compagnie, s'ils acceptent la décision prise par l'Académie.

OBSERVATIONS D'EMPLOI DE L'APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE.

Obs. XXIe (octobre 1887). *Pluripare à 8 mois ; rétrécissement de 8 centimètres; deux applications de 30 et 25 minutes de l'appareil élytro-ptérygoïde permettent l'application du forceps; enfant vivant.* (Observation recueillie par le Dr QUINTENS, de St-Trond).

La femme X., atteinte d'un rétrécissement de 8 centimètres, et chez qui j'ai provoqué l'an dernier l'accouchement à 8 mois, au moyen de l'appareil élytro-ptérygoïde (voir *Rev. méd.*, V, p. 318), est arrivée à 8 mois d'une nouvelle grossesse. Pour la faire échapper aux dangers de l'accouchement à terme, je me décide à recourir au moyen qui lui a donné il y a un an de si heureux résultats, et je commence par lui prescrire des douches vaginales pendant trois jours.

Le col a encore toute sa longueur, il est bien ramolli et les deux tiers inférieurs du canal cervical sont perméables au doigt. La tête se présente en position occipito-transversale gauche.

Les précautions antiseptiques prises, j'applique l'appareil élytro-ptérygoïde, mais la vessie dont je dispose est de mauvaise qualité, épaisse et peu souple, et, au bout d'une demi-heure, pendant laquelle elle n'a provoqué aucune douleur, je la retire : elle n'a produit absolument aucun effet et je ne suis pas plus avancé que si je m'étais servi d'un ballon de Gariel.

Le lendemain, à 11 heures, m'étant procuré une vessie de bonne qualité, je recommence l'opération : des contractions utérines se déclarent aussitôt ; j'applique les mains sur les fosses iliaques pour maintenir la tête sur le détroit supérieur. Après une demi-heure d'application, je trouve le col complètement effacé avec une ouverture qui a les dimensions d'une pièce de deux francs. La différence des résultats indique, comme M. le prof. Hubert l'a dit, une différence de mode d'action et s'explique uniquement par ce fait que la première vessie est restée devant la porte, tandis que la seconde, plus souple, l'a franchie.

Après un quart d'heure de repos, je fais une deuxième application

de l'appareil : durée 25 minutes. Le col est dilaté, mais une main fait prolapsus. Je la refoule facilement, puis je romps les membranes.

Vers une heure, la tête ne s'engageant pas, malgré de bonnes douleurs, et le col commençant à se gonfler et à devenir sensible, j'applique le forceps et j'extrais un enfant vivant. Il a été fort serré dans le bassin, car il porte dans la région temporale gauche, qui a été en rapport avec l'angle sacro-vertébral, une dépression qui a au moins un centimètre de profondeur au centre.

Il n'a fallu que *deux heures et demie* pour *provoquer, lancer* et *terminer* l'accouchement.

Couches normales. Enfant bien venant.

—

Obs. XXIIe (déc. 1887). *Forte hémorrhagie interne et externe du dernier mois; — enfant mort; trois applications de l'appareil élytro-ptérygoïde, de* 30, 30 *et* 20 *minutes, provoquent et terminent le travail.* (Observation recueillie par M. le Dr QUINTENS, de St-Trond).

Madame Y... est arrivée au dernier mois d'une cinquième grossesse. — Ce matin, en se levant, elle perd tout à coup une grande quantité de caillots de sang, puis le sang se met à couler, presque sans interruption, jusqu'à mon arrivée, à 11 heures du matin. Il y a eu plusieurs syncopes, la face est blanche, le pouls très faible, le ventre douloureux, la matrice *uniformément distendue.* Col incomplètement effacé, admettant deux doigts; membranes, non rompues. Je reconnais la petite fontanelle en avant, contre la symphyse pubienne : il s'agit donc d'une présentation du sommet, très rare à ce niveau, l'occipito-pubienne directe. J'explore avec le plus grand soin toute la partie assessible du segment inférieur, sans rencontrer le *placenta.* L'auscultation ne me fait percevoir aucun bruit du cœur. L'enfant a donc succombé au décollement du placenta qui a produit l'hémorrhagie interne d'abord, puis l'hémorrhagie externe, qui continue toujours.

J'applique l'appareil élytro-ptérygoïde et je le laisse une demi heure en place. Il arrête instantanément l'écoulement de sang et provoque des contractions utérines. Les contractions ne se produisant plus aussitôt qu'il est retiré, je le réapplique.

Après cette deuxième application le col a les dimensions d'une petite paume de main, et je constate que la petite fontanelle a glissé vers la cotygloïde gauche : il ne vient plus de sang. J'accorde un peu de repos à la femme, mais, comme au bout d'une heure le sang se remet à couler, je fais une 3e application de l'appareil, que je ne laisse que 20 minutes en place, parce que la nature des douleurs m'indique une dilatation complète; je retire donc la vessie et je romps la poche des eaux. J'étais prêt à saisir la tête par le forceps, mais l'intervention est inutile : trois contractions vigoureuses expulsent l'enfant mort.

La matrice se rétracte bien et, un quart d'heure après l'enfant, expulse le placenta avec de gros caillots.

L'ouverture des membranes, à l'opposite du gâteau, prouve qu'il s'agissait bien d'une insertion normale, ou à peu près. Dans les trois quarts au moins de son étendue, la face utérine du placenta est creusée en loge concave, lisse, remplie de caillots sanguins.

Couches. La femme est très épuisée, mais elle se remet très vite et ses couches ne présentent rien à noter.

—

REMARQUES. Lorsque le placenta occupe sa situation normale au fond de l'utérus, il est rare que des hémorrhagies éclatent à terme ou au début du travail. L'accident, pour n'être pas commun, n'en est pas moins grave ou moins embarrassant.

Que faire? — La position horizontale, les réfrigérants, les boissons acidules, etc. sont de peu de secours.

Rompre les membranes? — C'est absolument irrationnel, car ce serait amoindrir le volume du bouchon que l'œuf oppose au saignement, et se placer dans la position la plus fâcheuse qu'on puisse imaginer : hémorrhagie grave, col non dilaté et non dilatable, eaux écoulées.

Prescrire l'ergot de seigle? — C'est s'exposer à contracturer aussi le segment inférieur de la matrice et, par conséquent, à retarder une délivrance qu'il y a tout intérêt à précipiter.

Donner l'opium? — Mais s'il convient comme nervin, il est contre-indiqué comme paralysant de la fibre utérine.

Tamponner le vagin? — Le tampon ordinaire empêchera bien le

sang de s'écouler au dehors, mais où est le bénéfice si l'hémorrhagie *externe* seule est supprimée, et si l'extravasation, soulevant une paroi utérine atone, continue ? Le tampon ne donne donc pas la sécurité et il a besoin d'être secondé par un bandage de ventre fort serré.

La méthode de M. Chassagny est plus rationnelle que tout cela et elle répond à toutes les indications du moment. La vessie animale, en pénétrant dans le col, augmente puissamment la pression intra-utérine et, appuyant l'œuf encore intact contre les vaisseaux ouverts, elle l'oblige à jouer le rôle de tampon ; elle excite le muscle, réveille sa tonicité, l'oblige à revenir plus exactement sur l'œuf et à rétrécir les espaces où pourraient se faire les épanchements ; enfin, et surtout, elle ouvre le col et hâte le moment où l'on pourra, par la version ou le forceps, arracher la femme aux dangers de la situation.

Eugène HUBERT.

NOUVELLES MÉTHODES ANTISEPTIQUES PULMONAIRES.

Dans le *Bulletin général de thérapeutique* (30 août) le Dr Dujardin-Beaumetz apprécie diverses méthodes de traitement antiseptique des maladies pulmonaires, introduites récemment dans la thérapeutique et qui ont été pour la plupart étudiées déjà dans la *Revue*.

Injections sous-cutanées d'acide phénique. Une seringue de Pravaz est insuffisante pour ces injections : il faut se servir d'un grand modèle, pouvant contenir 5 grammes de liquide : on emploie une solution à 2 %, en ayant soin de prendre de l'acide phénique bien pur, préalablement dissous dans la glycérine.

On choisit, comme point d'injection, la partie antérieure de la poitrine, au dessous de la clavicule ; les piqûres sont pratiquées plus ou moins souvent, selon les cas, depuis deux par semaine jusqu'à deux par jour.

Certains sujets présentent de l'intolérance pour ces injections. Elles ont donné, chez un certain nombre de malades, d'assez heureux résultats : presque toujours, on voit l'appétit se réveiller, la toux et l'expectoration diminuer et, chose curieuse, souvent disparaître les sueurs nocturnes.

Le Dr Dujardin-Beaumetz conclut en disant que les praticiens seront souvent bien aises d'utiliser une méthode qui peut procurer quelque soulagement à leurs malades.

Ajoutons que les Drs Filleau et Petit ont considéré, d'après leurs expériences le résultat suivant comme acquis : l'acide phénique devra être employé de préférence à tout autre antiseptique pour enrayer l'évolution des cultures de matière tuberculeuse.

En effet : étant donné le milieu de culture le plus fertile, l'acide phénique est le seul antiseptique qui ait réussi à le rendre impropre à l'évolution du bacille de la tuberculose à la dose de 3 p. 100 environ.

A la suite d'essais d'*inoculation sur les animaux*, les mêmes auteurs ont cru pouvoir poser la conclusion suivante :

Bien qu'il soit impossible de décider, dès maintenant, si le phénol a une action prophylactique appréciable, il n'est pas douteux que les lapins, soumis à l'action de l'acide phénique, ont été d'autant plus réfractaires à l'évolution tuberculeuse que les injections sous-cutanées de cet antiseptique ont suivi de plus près l'inoculation.

Passant à l'*observation clinique*, ils ont accusé les résultats les plus avantageux du traitement à l'acide phénique introduit par la voie hypodermique — 5 grammes en moyenne pour les deux jours ou tous les jours de la solution à 1 ou à 2 p. 100.

Injections gazeuses rectales. Dans un certain nombre de cas, dit l'auteur, nous avons vu diminuer la toux, l'expectoration se modifier ainsi que la gêne respiratoire; quelques malades ont vu reparaître le sommeil et reprenaient de l'appétit.

D'après lui, l'union de l'acide carbonique avec l'hydrogène sulfuré (méthode de Bergeon) a établi sous ce rapport sa supériorité sur tous les autres corps antiseptiques; l'eucalyptol entre autres ne lui a donné que de mauvais résultats.

Toutefois, chez les malades dont l'amélioration était évidente, on n'a constaté aucun changement dans le nombre approximatif des bacilles de la tuberculose; si la méthode peut améliorer les malades, elle n'atteint pas, par conséquent, la cause et le germe mêmes de la phthisie.

Inhalations gazeuses. Le Dr Dujardin-Beaumetz appelle d'abord l'attention sur l'atmiomètre du Dr Jacobelli, un appareil très compliqué et très coûteux qui permet d'administrer avec beaucoup de précision les inhalations médicamenteuses, et qui a fonctionné dans son service avec un certain succès.

Il signale ensuite les *inhalations d'acide sulfureux* récemment préconisées contre la phthisie et expérimentées par lui; sous l'influence de ce traitement, il a observé une modification très prompte dans les crachats : la toux diminue et les malades dorment beaucoup mieux; les expériences sont encore trop récentes, ajoute-t-il, pour qu'il puisse donner sur elles un jugement définitif; il conseille de procéder de la façon suivante :

Choisir une pièce de petite capacité, boucher la cheminée, brûler de la fleur de soufre qui est enflammée à l'aide d'alcool répandu à la surface, commencer par des doses faibles de 5 grammes jusqu'à 20 grammes. Pratiquer cette opération deux heures avant de faire entrer le malade dans la pièce, et l'y laisser séjourner au moins pendant quatre heures.

L'acide sulfureux n'altère en rien ni les papiers ni les tentures.

L'*acide fluorhydrique* a été aussi vanté dans ces derniers temps en inhalation dans le traitement de la phthisie.

M. Hérard a rendu compte à l'Académie de médecine de Paris. dans la séance du 22 novembre, de deux mémoires adressés à la société sur ce sujet.

Tout d'abord, il est certain que si l'acide fluorhydrique pur est extrêmement irritant, les vapeurs qu'il donne sont parfaitement supportées.

En outre, l'acide fluorhydrique est un des antiseptiques les plus puissants.

Après l'administration du médicament en inhalations, on observerait un retour remarquable de l'appétit, la suppression des vomissements et des sueurs nocturnes, la diminution de la fièvre, l'augmentation du poids du corps, l'amendement de la dyspnée, de la toux et de l'expectoration ; les bacilles diminuent dans les crachats et disparaîtraient même parfois complètement.

Comme résultat final, M. Garcin aurait obtenu sur 100 phthisiques 35 guérisons, 41 améliorations, 14 états stationnaires et 10 morts.

M. Hérard déclare, après avoir contrôlé les faits, que ces résultats si remarquables, trop favorables même, sont exacts, pris dans leur ensemble; il conclut que les inhalations d'acide fluorhydrique possèdent une action thérapeutique incontestable, quand la phthisie n'est pas parvenue à une période trop avancée ; il ajoute qu'elles sont exemptes d'inconvénients et d'une application facile. L. D.

—

LA DIARRHÉE DES ENFANTS DU PREMIER AGE.

Après avoir affirmé que la diarrhée verte était occasionnée par un microbe chromogène spécial, (voir *Revue*, n° de juin 1887), le prof. Hayem est venu donner à la séance du 25 octobre de l'Académie de médecine des renseignements complémentaires, qui modifient notablement ses premières conclusions.

Il admet maintenant qu'il existe chez l'enfant du premier âge, deux variétés de diarrhées, dites vertes : la première variété est essentiellement d'origine biliaire : la coloration spéciale est due aux pigments

biliaires et le bacille chromogène en question manque totalement ; dans la seconde variété au contraire, la coloration verte est due à un pigment sécrété par un microorganisme spécial, — un bacille — au contact des matières intestinales ; le microbe serait pathogène de cette diarrhée verte, non bilieuse : il produirait du pigment dans ses différentes cultures.

L'acide lactique paraîtrait agir comme spécifique de la diarrhée verte d'origine bacillaire : la diarrhée bilieuse ne ressortit pas à la médication acide.

L'acide lactique est donné en solution à 2 °/₀ ; la solution est administrée par cuillerées à café toutes les deux heures, si le nombre des selles est peu élevé (2 à 6), ou bien toutes les heures, les demi heures, les quarts d'heure, suivant l'intensité des selles.

Il réussirait souvent en 24 ou 36 heures là où ont échoué le régime, les alcalins, le calomel ou l'acide chlorhydrique.

Ajoutons cependant que la seconde communication de M. Hayem a été accueillie avec réserve, tout comme la première. L. D.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Fehleisen — l'auteur qui a le premier démontré rigoureusement le rôle du streptoccocus dans l'érysipèle — apprécie dans le *Thér. Monatshefte*, n° 12, divers traitements préconisés contre cette affection.

Il s'agit dans l'espèce d'une maladie qui se termine rarement par la mort, le plus souvent par la guérison, celle-ci survenant le plus souvent après deux ou trois semaines, quelquefois déjà après quelques jours ; dans ces conditions, il n'est pas étonnant, dit l'auteur, que, après l'emploi d'une foule de remèdes, les phénomènes morbides puissent disparaître, comme si le remède avait une efficacité réelle ; de là, la vogue momentanée d'un grand nombre d'entre eux.

Quant au *traitement général*, il y a lieu de citer en première ligne les *vomitifs et les purgatifs* : les vomitifs en particulier ont joué dès les temps les plus reculés, depuis Hippocrate lui-même jusqu'à nos jours, un rôle important dans le traitement de l'érysipèle. Mais, dans ces derniers temps, l'emploi des vomitifs dans l'érysipèle a paru suranné, les idées sur la nature du processus morbide ayant été complètement modifiées ; cela est tellement vrai que Tillmanns ne fait même plus mention, dans son récent ouvrage, de l'emploi des vomitifs dans le traitement de l'érysipèle.

La *saignée générale* a été aussi en faveur chez les anciens dans le traitement de l'érysipèle. Volkmann avait conservé cette médication pour les cas d'érysipèle de la face ou du cuir chevelu où un état

soporeux éclatait, accompagné d'une tuméfaction considérable et d'une teinte cyanique des parties atteintes; on était autorisé à admettre dans ces cas une gêne menaçante de la circulation de retour que la saignée pouvait dissiper. Tillmanns réserve la saignée dans l'érysipèle aux cas où il y a des phénomènes irritatifs menaçants du côté du cerveau ou de l'œdème pulmonaire.

Parmi les *remèdes internes*, Fehleisen signale les préparations ferrugineuses (spécialement la teinture de perchlorure de fer à doses élevées, 30 grammes et plus par jour, recommandée par Ch. Bell, Callender, etc.) l'essence de térébenthine (pronée par Hinckes Bird, à la dose de 8 à 30 grammes, mêlée avec une quantité moitié moindre d'huile de ricin), l'iodure de potassium, l'eau de chlore, l'extrait de belladone, la vératrine, l'acide phénique.

Tous ces remèdes n'ont pu subir avec succès l'épreuve d'une expérimentation rigoureuse.

Il y a lieu peut-être d'expérimenter le *camphre* qui a été chaudement recommandé par Pirogoff; sans doute, il n'a pas la propriété de couper court à la maladie, mais, dans les cas appropriés, c'est à dire quand il y a des signes de collapsus ou de faiblesse cardiaque, il pourra rendre de bons services comme stimulant.

Dans ces derniers temps, les efforts de la thérapeutique dans l'érysipèle, comme dans un grand nombre d'autres affections, se sont attachés à combattre l'élément fébrile; tout l'arsenal y a passé : les bains froids, la quinine, l'acide salicylique, le benzoate de soude, l'antifébrine, la kairine, l'antipyrine, la thalline, etc.

Toutefois. les résultats du *traitement antipyrétique* de l'érysipèle n'ont pas été brillants. Les bains froids abaissent sans doute promptement la température et exercent une influence favorable sur le délire, lorsqu'il existe, mais il n'est nullement établi qu'il y a grand chose à gagner en abaissant la température des érysipélateux.

Fehleisen ne croit pas que l'élévation de la température constitue par elle même un danger et il se range tout à fait sous ce rapport à l'avis suivant deVolkmann : lorsque l'érysipèle entraîne une terminaison fatale, c'est uniquement à la gravité de l'intoxication ou de l'infection générale qu'il faut l'attribuer. Sans doute, l'intensité de la fièvre est un élément qui permet assez bien de juger de l'intensité de l'infection générale, mais, jusqu'à plus amples informations, nous ne sommes pas autorisés à admettre qu'on peut écarter le danger provenant de l'infection, en abaissant artificiellement la température.

Veut-on diminuer les dangers de l'infection, il vaut mieux d'après moi, ajoute l'auteur, faire des scarifications nombreuses sur les parties malades, dans le but d'évacuer directement à l'extérieur une partie des produits toxiques accumulés dans le foyer morbide.

Quant aux nouveaux médicaments antipyrétiques, aucun d'eux, sans en excepter la thalline spécialement recommandée, ne procure des résultats meilleurs que les bains froids; même, l'influence favorable sur l'état général, si appréciable chez les typhisés sous l'action de l'abaissement de la température, manque chez les érysipélateux : les patients n'accusent aucun bien-être, malgré une chute de température de plusieurs degrés.

Du reste, la médication antithermique n'influence en rien la durée de l'érysipèle.

L'indication capitale à laquelle doit satisfaire le traitement interne de l'érysipèle, consiste à *soutenir les forces des malades*; on surveillera surtout l'état du cœur, et, au moindre signe de faiblesse, on administrera les excitants pour prévenir le collapsus : les *alcooliques* sont alors recommandables; les *narcotiques* conviennent en cas de délire violent.

Volkmann est d'avis qu'on peut alors donner la morphine sans crainte; dans tous les cas, la morphine, soit seule, soit combinée au chloral, agit plus sûrement dans ces cas que le camphre, préconisé dans le même but.

Le *traitement local* de l'érysipèle, après avoir été presque complètement négligé autrefois, après avoir été même considéré comme capable de provoquer la répercussion de l'érysipèle sur les organes internes, a été mis à la place d'honneur qui lui revient, grâce aux efforts de Wernher, de Volkmann et surtout de Hueter.

Hippocrate avait bien vaguement parlé d'un traitement abortif de l'érysipèle; Celse avait paru placer sa confiance dans l'emploi des applications froides, Meister dans l'emploi de la chaleur.

Plus tard, en se guidant surtout d'après les préceptes de Hébra, on fit un grand usage des applications froides dans l'érysipèle, principalement sous forme de compresses glacées ou de vessies de glace. Arnott alla même jusqu'à chercher à provoquer une sorte de congélation de la peau, par l'application d'un mélange de glace et de sel marin.

On cessa bientôt de recourir à l'emploi méthodique du froid; toutefois on recourt encore aujourd'hui volontiers à *la glace*, dans l'érysipèle, à titre de médication symptomatique. L'application d'une vessie de glace sur le cuir chevelu soulage d'ordinaire notablement les malades.

Il y a à signaler aussi, ne fût-ce que pour l'intérêt historique, certaines médications abortives de l'érysipèle, prônées jadis : ainsi, le *vésicatoire* fut longtemps en usage en France sur la recommandation d'Ambroise Paré : Dupuytren l'appliquait sur la partie malade, tandis que Piorry le plaçait sous forme d'une languette sur les bords des parties atteintes.

Wutzer circonscrivait l'érysipèle par un trait de *crayon de nitrate d'argent* : d'autres ont recommandé les *badigeonnages avec une solution concentrée de nitrate d'argent ou avec la teinture d'iode.*

Pirogoff a fait un usage étendu de la teinture d'iode sous forme de badigeonnages fréquemment répétés, jusqu'à 6 à 8 fois dans les 24 heures; et cela, d'après lui, avec un succès remarquable. Volkmann considère au contraire la solution de nitrate d'argent (1 à 8 parties sur 20) comme supérieure à la teinture d'iode.

Dans tous les cas, la teinture d'iode, comme la solution de nitrate d'argent, doit être employée énergiquement, et on doit avoir soin de badigeonner principalement sur les confins des parties atteintes.

Fehleisen conseille de commencer à badigeonner sur le bord de l'érysipèle et de recouvrir ainsi à partir de ce bord une bande de 10 à 15 centimètres de largeur de la peau saine. Il est vrai que ces badigeonnages n'ont pas une efficacité certaine; toutefois l'auteur se dit convaincu que la teinture d'iode et le nitrate d'argent ont une utilité réelle sur le processus local; ces deux remèdes valent mieux dans tous les cas, d'après lui, que les frictions à la térébenthine, vantées par Lücke; la résorcine, qui a eu son moment de vogue, de même que l'ichthyol, dont Nussbaum et Unna assurent avoir retiré de grands avantages, ont échoué complètement entre ses mains dans plusieurs cas.

Un procédé de traitement de l'érysipèle beaucoup plus efficace que ceux qui ont été signalés jusqu'à présent, consiste dans l'emploi des *injections sous-cutanées d'acide phénique*; ce procédé, introduit par Hueter dans la pratique, peut être envisagé à bon droit comme un traitement abortif de l'affection. Grâce à lui, on parvient en effet, assez fréquemment, surtout dans les érysipèles récents, peu étendus encore, à couper court nettement au processus.

Nous pouvons confirmer à cet égard l'assertion du Dr Fehleisen; les résultats que nous avons obtenus, il y a plusieurs années déjà, au moyen du traitement de Hueter, dans un nombre relativement élevé de cas d'érysipèle dit chirurgical du tronc ou des membres, ont été très satisfaisants; dans ces derniers temps, grâce aux progrès de la méthode antiseptique, l'érysipèle chirurgical est devenu d'une rareté telle que l'occasion nous a manqué de continuer l'expérimentation.

Voici quelle est la manière de faire.

On pratique les injections de la solution phéniquée à 3 p. c. dans le tissu cellulaire sous-cutané, au moyen d'une seringue de Pravaz ordinaire : les piqûres sont réparties sur la région envahie à la distance de 6 à 10 centimètres et en nombre variable. On peut aller chez les individus forts jusqu'à 12 à 15 seringues en une séance, sans avoir à

craindre d'intoxication; au bout de 12 à 24 heures, on peut encore pratiquer quelques piqûres, si l'effet obtenu n'est pas suffisant.

D'après Hueter, le contenu d'une seringue agit approximativement sur une surface cutanée de l'étendue de la moitié d'une carte à jouer; il en résulte qu'on peut tenir en une fois sous l'influence de la solution phéniquée une surface érysipélateuse de l'étendue de la main à peu près : l'emploi de sa méthode est donc limité, car elle n'est guère applicable avec succès, lorsque des surfaces étendues sont envahies par l'affection; il y a toutefois une exception à faire pour l'érysipèle qui occupe les membres; on peut l'empêcher d'envahir le tronc, en pratiquant circulairement une série d'injections qui le circonscrivent.

Malheureusement, dans l'érysipèle de la face, les injections phéniquées ne sont guère praticables; nous y avons cependant eu recours plusieurs fois, mais avec peu de succès; ainsi, nous n'avons presque jamais réussi à empêcher l'érysipèle du front de se propager au cuir chevelu; en outre, les injections dans la peau de la face sont assez douloureuses.

On a proposé de remplacer l'acide phénique par d'autres substances, l'acide salicylique, le chlorhydrate de quinine, l'ergotine, la morphine, le sublimé, mais l'acide phénique mérite la préférence sur toutes ces substances, même sur le sublimé, dont l'injection est d'ailleurs plus douloureuse : si l'on voulait néanmoins expérimenter le sublimé, on se servirait de préférence, d'après l'auteur, de la formule proposée par Laplace (voir plus loin) :

Sublimat. . .	1 gramm.
Acidi tartarici .	2 gramm.
Aq. dest. . .	1000 gramm.

Il y a deux ans, Kraske a préconisé la nouvelle méthode de traitement de l'érysipèle que voici : après avoir nettoyé la peau, on pratique avec un fin scalpel sur toute la surface envahie des ponctions multiples ou de petites incisions rapprochées de 1 centimètre à peu près d'étendue, au nombre de 15 à 20 sur la surface d'un pouce carré; la plupart des incisions ne traversant que la couche superficielle du derme, quelques-unes le traversant dans toute son épaisseur.

Les incisions faites, la surface suintante est essuyée, irriguée au moyen d'une solution phéniquée à 5 p. c., puis recouverte de compresses trempées dans la même solution et renouvelées une à deux fois dans les vingt-quatre heures. La *Revue* (mars 1886) a d'ailleurs indiqué cette méthode.

Riedel a modifié de la manière suivante le procédé de Kraske : le sujet est chloroformé; des incisions de 6 à 8 centimètres de longueur sont pratiquées sur les bords de la partie envahie, de manière que les

incisions empiètent par la moitié de leur longueur sur la peau atteinte et recouvrent la peau saine dans le reste de leur étendue; elles sont séparées les unes des autres d'un demi centimètre à peu près; on pratique ensuite une seconde série d'incisions qui viennent couper obliquement les premières sur les bords de la partie atteinte; la région scarifiée est ensuite recouverte de compresses imprégnées d'une solution au millième de sublimé.

Riedel a traité avec plein succès onze cas par cette méthode; elle mérite par conséquent, dit l'auteur, d'être expérimentée dans les cas convenables.

Enfin, lorsque pour une raison ou l'autre, on préfère s'abstenir de toute intervention active dans le traitement de l'érysipèle, on se contente de recouvrir la partie malade d'ouate, d'une poudre ou d'une pommade indifférente quelconque. Sur les parties recouvertes de phlyctènes, Fehleisen a l'habitude de saupoudrer de l'iodoforme.

Dans les cas où il y a *menace de gangrène* par excès de tension des tissus, aux paupières par exemple et au pavillon de l'oreille, il ne faut pas hésiter, d'après lui, à pratiquer des *scarifications* sur les parties menacées : cette pratique a au moins l'avantage de calmer les douleurs souvent excessives des patients.

Avant de terminer, l'auteur cherche à interpréter le mécanisme d'action des diverses méthodes signalées par lui comme efficaces contre le processus érysipélateux.

En ce qui concerne les injections phéniquées, la question est facile à résoudre : on peut admettre sans réserve qu'il s'agit dans l'espèce d'une action directe de la solution antiseptique injectée sur le streptococcus.

L'utilité des badigeonnages à la teinture d'iode et à la solution de nitrate d'argent est plus difficile à expliquer : il est peu probable qu'une partie de la solution employée pénètre à travers la peau et aille développer une action antiseptique dans le tissu sous-cutané; peut-être est-ce simplement à l'inflammation produite par la solution irritante qu'est dû l'effet curatif. En effet, d'après la théorie de Metschnikoff (voir *Revue*, août 1887), les leucocytes jouent un rôle important dans l'érysipèle, en ce sens qu'ils s'incorporent les microbes et les digèrent; on comprendrait ainsi qu'en provoquant par une inflammation artificielle une émigration plus active de leucocytes dans le territoire cutané envahi par l'érysipèle, on contrarie sa propagation.

Quant à l'efficacité des procédés de Kraske et de Riedel, elle n'est pas encore suffisamment expliquée : Fehleisen est disposé à admettre que c'est aux applications de solutions antiseptiques énergiques après les scarifications, plutôt qu'à la soustraction sanguine locale et à l'éva-

cuation de produits morbides toxiques, que revient le rôle principal dans le succès de ces procédés. L. D.

—

SOLUTIONS ANTISEPTIQUES AU SUBLIMÉ.

On a conseillé, il y a quelque temps, d'ajouter aux solutions aqueuses de sublimé une certaine quantité de chlorure de sodium ou d'ammonium, dans le but de favoriser la conservation de ces solutions (Voir la *Revue*, février 1887).

Depuis, Meyer, en étudiant la question de la conservation des solutions de sublimé *(Centralb. für Chir.*, 1887, n° 24) est arrivé aux résultats suivants.

Les solutions dans l'eau distillée, même après avoir été conservées pendant plus d'un mois, ne subissent pas une perte appréciable de sublimé; néanmoins, elles présentent un léger précipité blanc; le résultat est le même que la solution soit conservée dans un vase largement ouvert, dans un vase légèrement couvert, ou dans un vase soigneusement fermé.

Au contraire, les solutions dans l'eau de conduite de la ville de Göttingue, et plus encore les solutions dans les eaux de qualité inférieure des fontaines ou dans les eaux stagnantes des étangs, laissent déposer des quantités notables de sublimé, après une conservation prolongée; la perte en sublimé est la plus considérable dans les vases ouverts; elle est moindre dans les vases dont l'orifice est simplement recouvert de papier à filtrer; elle est à son minimum dans les vases soigneusement bouchés.

En ajoutant à la solution une quantité de chlorure de sodium égale à celle du chlorure mercurique, l'avantage n'est pas appréciable, lorsque la solution est conservée dans un vase soigneusement bouché, c'est à dire que le précipité reste à peu près aussi abondant; mais, lorsque la solution est conservée dans un vase ouvert ou légèrement couvert, l'addition de chlorure de sodium est incontestablement avantageuse, en ce sens qu'elle assure dans certaines limites la conservation de la solution.

En augmentant la quantité de chlorure sodique ajoutée, on diminue davantage encore la précipitation dans les vases simplement couverts ou fermés, mais on ne l'empêche pas complètement.

Se plaçant à un point de vue tout différent, le Dr Laplace, après une série d'études entreprises au laboratoire de Koch, vient de proposer une formule nouvelle pour la préparation des solutions au sublimé *(Deut. med. Wochens.*, 1887, n° 40).

L'auteur a d'abord recherché si les pièces de pansement au sublimé

étaient *aseptiques*, c'est à dire exemptes de microbes, et il a constaté — ce que d'autres expérimentateurs avaient d'ailleurs déjà constaté avant lui — qu'un certain nombre de ces pièces de pansement, notamment la cellulose *(holzwolle)*, n'étaient pas irréprochables sous ce rapport. Dans la proportion de 7 sur 300 échantillons, pris parmi les marques les plus renommées, il y a eu développement d'organismes inférieurs, dans les liquides de culture.

L'auteur a en second lieu déterminé par des expériences rigoureuses, que ces pièces de pansement n'étaient pas non plus *antiseptiques*, c'est à dire qu'elles n'étaient pas capables de rendre inoffensifs les germes qni préexistent sur les plaies ou qui y arrivent accidentellement. Il en est ainsi entre autres des diverses pièces de pansement au sublimé, même de la gaze à 4 p. 1000, de la gaze à l'acide phénique de Lister, de la gaze à l'iodoforme, au thymol, à l'eucalyptus.

En ce qui concerne en particulier les matériaux de pansement préparés avec le sublimé, on sait qu'il se forme un albuminate de mercure insoluble au contact des matières albumineuses; cette quantité de sel précipité est par là rendue inactive. Ainsi, l'auteur a trouvé que l'addition d'un demi centimètre cube de sérum sanguin à cinq centimètres cubes d'une solution de sublimé au millième entraîne la précitation d'une quantité de sel mercurique suffisante pour enlever à la solution toutes ses vertus antiseptiques.

Sur les plaies, c'est au contact du sang et des liquides sécrétés que le sublimé se précipite et perd son énergie.

Il s'agissait donc de trouver un moyen d'empêcher la formation d'un précipité par le contact de la substance avec les liquides albumineux; or, ce moyen consisterait dans l'addition d'un acide aux solutions de sublimé employées pour l'irrigation des plaies ou la préparation des pièces de pansement.

L'auteur avait d'abord fait choix de l'acide chlorhydrique, qu'il a abandonné, à cause de sa volatilité, et il considère l'acide tartrique comme le plus recommandable, au point de vue pratique.

Voici la formule qu'il préconise pour les solutions à employer dans les irrigations des plaies :

Hydrargyri bichlorati	1 gram.
Acid. tartarici	5 gram.
Aquae dest.	1000 gram.

Pour la préparation de la gaze ou de la ouate antiseptiques, il conseille la solution suivante :

Hydrargyri bichlorati	5 gram.
Acid. tartarici	20 gram.
Aq. dest.	1000 gram.

La gaze ou la ouate, dégraissées, séjournent deux heures en moyenne dans cette solution, sont ensuite exprimées, puis séchées.

Les expériences entreprises pour éprouver l'énergie antiseptique des pièces de pansement ainsi préparées, ont été démonstratives : le sublimé conserve au contact des liquides albumineux toute son énergie antiseptique, et les pièces de pansement sont capables de détruire les organismes, au fur et à mesure qu'elles en sont souillées.

Les avantages de la modification proposée furent d'ailleurs constatés, non seulement dans les expériences de laboratoire, mais encore dans les cas cliniques, dans le service du prof Bergmann entre autres.

Tandis que les pansements ordinaires fourmillent de germes, quand on les enlève des plaies, les pansements au sublimé additionné d'acide tartrique en sont absolument exempts.

Les plaies ne sont d'ailleurs nullement irritées par le contact des solutions ou des pièces de pansement préparées d'après les formules citées.

En résumé, *la solution tartrique de sublimé constituerait un moyen parfait de désinfection des plaies* ; elle serait dans tous les cas notablement supérieure aux autres solutions antiseptiques en usage.

Les plaies infectées seront lavées pendant 10 à 20 minutes au moins chaque jour avec la solution prescrite.

Une seule irrigation simple suffira pour les plaies fraîches, avant l'application du pansement à demeure à la gaze, préparée suivant la formule citée.

Les pièces de pansement à la solution tartrique de sublimé sont en outre absolument aseptiques, c'est à dire exemptes de germes : l'auteur ajoute encore que le sublimé se dissout beaucoup mieux dans les liquides acides que dans l'eau, et que les tissus des pièces de pansement ne sont nullement altérés par le contact avec la solution acide.

Au surplus, les solutions proposées restent d'un prix très minime, un peu plus élevé que celui des simples solutions aqueuses.

L. D.

DE L'EXTIRPATION DU LARYNX CANCÉREUX.

Dans le *Bulletin Médical* (1887, n° 57), M. Hache a examiné la question de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs cancéreuses du larynx.

La première extirpation du larynx a été faite en 1886 par Watson pour remédier à un rétrécissement syphilitique de l'organe, mais c'est Billroth qui le premier fit cette opération avec succès, en 1873, sur un homme atteint de cancer; l'opéré mourut de récidive ganglionnaire

au bout d'un an; depuis, l'opération a été faite un grand nombre de fois.

D'autres opérations sont aussi pratiquées dans le cas de tumeurs malignes du larynx ; d'abord, il y a l'intervention par les voies naturelles qui ne donne que des résultats passagers, même pour les tumeurs pédiculées.

La laryngotomie (incision du larynx et enlèvement des parties molles malades) ne donne guère que des survies généralement courtes : sur 7 cas, Billroth n'a eu qu'un seul succès, c'est à dire une survie de 2 ans et 9 mois sans récidive, en dépit de la large ablation des parties malades.

Il ne reste donc guère, si l'on veut obtenir une guérison radicale, que la laryngectomie, c'est à dire l'extirpation totale ou partielle du larynx, en comprenant le squelette dans l'enlèvement en même temps que les parties molles.

Tel est en abrégé le manuel opératoire : faire la trachéotomie comme opération préliminaire, le plus souvent quelques semaines avant l'ablation du larynx; pendant l'extirpation du larynx, veiller avant tout à éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes, de préférence par le tamponnement de la trachée autour d'une canule; faire une incision médiane, isoler avec précaution le larynx sur ses faces latérales d'abord, puis en arrière, en haut et en bas; sectionner la trachée immédiatement au dessous du cartilage cricoïde, puis couper les attaches supérieures du larynx, en conservant l'épiglotte, si elle est intacte.

La vaste plaie qui succède ainsi à l'ablation du larynx est laissée béante et tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Le malade est nourri avec la sonde œsophagienne jusqu'à ce que la déglutition se rétablisse, ce qui demande de quelques jours à plusieurs semaines.

L'extirpation complète du larynx est une opération laborieuse qui dure deux à trois heures.

Quant aux résultats de l'opération, Hache a constaté que, sur 105 cas connus de laryngectomie totale, 15 sujets sont morts dans les huit premiers jours, 20 dans la deuxième semaine et 8 un peu plus tardivement : ce qui fait une mortalité de 40 % du chef de l'opération (43 morts sur 105 opérés).

Des 62 survivants, 28 ont récidivé, la plupart entre trois mois et un an après l'opération, les 34 autres ont été renseignés comme guéris, mais, beaucoup d'entre eux n'ayant pas été suivis assez longtemps, Hache ne compte comme définitivement guéris que ceux qui ont dépassé deux ans sans récidive; il ne reste ainsi que 8 guérisons *certaines* sur 105 cas.

Au point de vue fonctionnel, l'état des opérés est moins pénible qu'on ne serait tenté de le croire; la déglutition se rétablit après un temps plus ou moins long, et il ne reste qu'à obtenir le rétablissement de la parole; ce qu'on réalise plus ou moins bien au moyen d'un larynx artificiel. Toutefois, le larynx artificiel — qui se compose essentiellement d'une canule contenant deux lames métalliques qui entrent en vibration sous l'influence du courant d'air expiré — reste pour la plupart des opérés un appareil de luxe; ils ne l'utilisent qu'à certains moments, préférant pour l'usage habituel une canule simple ou une canule à cheminée : la parole, avec cette dernière, est encore très compréhensible.

La laryngectomie partielle a procuré sur 27 cas 9 morts de l'opération (33,3 %) et, décompte fait des récidives, 2 guérisons certaines et 4 probables : les résultats fonctionnels sont infiniment supérieurs à ceux de la laryngectomie totale; les opérés recouvrent une déglutition normale et surtout, ils peuvent parler d'une façon très satisfaisante sans l'aide d'aucun instrument.

En résumé, on voit que le traitement opératoire des cancers du larynx n'a pas donné jusqu'à présent des résultats encourageants; aussi, beaucoup de chirurgiens s'en tiennent-ils au traitement palliatif, avec la trachéotomie pour combattre la dyspnée, quand elle devient menaçante; d'après une statistique de 94 cas, la survie moyenne après la trachéotomie dans le cancer du larynx peut être estimée à 8 mois.

M. Hache exprime l'espoir que les progrès de la chirurgie modifieront à l'avenir les résultats de l'extirpation du larynx.

En tous cas, dit-il, l'*extraction par les voies naturelles* est notoirement insuffisante, et n'est défendable que pour permettre un diagnostic histologique.

On tenterait la *laryngotomie* avec ablation large des parties malades, en face d'une lésion bien limitée, quitte à surveiller de près la récidive

L'*extirpation partielle* sera préférée à l'extirpation totale, toutes les fois qu'elle réalise une ablation suffisamment large des parties malades.

L'*extirpation totale* sera réservée aux cas où la lésion n'aura dépassé en aucun point les limites du larynx.

A l'Académie de médecine de Paris (22 novembre 1887), dans une discussion sur le traitement des cancers du larynx, MM. Tillaux, Verneuil et Richet ont insisté sur les services que la trachéotomie rend aux malades et se sont montrés disposés à préférer cette opération palliative à une extirpation de l'organe.

M. Labbé, au contraire, a déclaré avoir confiance dans l'opération radicale, quand elle est pratiquée à temps.

A la Société de médecine de Berlin (16 novembre), M. Hahn a donné des renseignements sur les résultats de ses extirpations partielles ou totales du larynx, au nombre de quinze : deux opérés vivent encore, l'un, opéré il y a sept ans, l'autre, il y a deux ans et demi.

Il trouve les résultats peu encourageants et ne considère comme favorables à l'extirpation que les carcinômes avec tendance à la kératinisation; car, dans ces cas, les ganglions ne se prennent que très tardivement. L. D.

DES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE.

Le Dr Lawson-Tait, chirurgien à Birmingham, se distingue entre tous les chirurgiens par les succès qu'il a obtenus par l'intervention opératoire dans les tumeurs abdominales.

Dans un de ses ouvrages récemment traduit, il apporte une statistique de cent et une ovariotomies consécutives avec trois morts, et une seconde comprenant cent trente neuf ovariotomies consécutives pratiquées en 1884 et en 1885, sans un seul cas de mort.

Et, ce qui est remarquable, c'est que cet auteur combat l'emploi des antiseptiques qui irritent le péritoine sans aucun avantage; c'est au moyen de l'asepsie seule qu'il obtient les résultats remarquables signalés plus haut; ainsi, pour toutes ses opérations, il se sert uniquement d'eau froide bouillie.

Lawson-Tait a exécuté également un grand nombre de castrations chez la femme avec succès; ainsi, cinq fois, il a enlevé les annexes de l'utérus dans des cas d'épilepsie où les accès ne se produisaient que pendant la période menstruelle; les opérées ont guéri, mais les accidents nerveux n'ont pas été amendés; par contre, la castration donne les meilleurs résultats dans le cas de myomes utérins produisant des hémorragies intarissables; on a proposé dans ce cas l'hystérectomie, mais cette opération donne 50 p. 100 de décès, et doit être condamnée. En enlevant la trompe en même temps que l'ovaire, on voit au contraire la tumeur diminuer et l'hémorragie s'arrêter sans avoir fait courir de dangers sérieux à la malade du chef de l'opération : en effet, l'auteur n'estime qu'à 1 p. 100 la mortalité du chef de l'enlèvement des annexes de l'utérus, et il relate cinquante premières opérations suivies de guérison.

Dans le traitement des calculs biliaires, Lawson-Tait a pratiqué vingt et une fois la *cholécystotomie* avec un succès constant; il a eu également recours onze fois à l'*hépatotomie* sans perdre un de ses malades.

Dans ses statistiques, l'auteur donne tous les renseignements qui permettent de retrouver les malades et de contrôler les résultats;

encouragé par ses succès, il formule comme un principe chirurgical la loi suivante : *Dans tous les cas de maladie de l'abdomen ou du bassin dans lesquels la santé est détruite ou la vie menacée, et dans lesquels l'état de la malade ne paraît pas dû avec évidence à une affection maligne, il faut faire une exploration de la cavité, pour intervenir au besoin.*

Sans doute, l'habileté acquise par le chirurgien anglais, grâce à une pratique longue et étendue, a contribué largement aux résultats splendides qu'il a obtenus, mais ceux-ci n'en sont pas moins remarquables. L. D.

—

INJECTIONS DE CALOMEL DANS LA SYPHILIS.

Après avoir signalé dans la *Revue* (n° de février 1887) la faveur avec laquelle la méthode nouvelle de traitement de la syphilis a été accueillie dans divers pays, nous croyons qu'il sera utile de résumer les communications présentées sur ce sujet en France, au sein de diverses sociétés savantes.

Le Dr Balzer, après avoir expérimenté la méthode, est disposé à reconnaître, malgré l'inconvénient des abcès, qu'elle est une des meilleures, la meilleure même que l'on puisse employer contre la syphilis. « C'est, dit-il, la méthode la plus simple et la plus précise. Smirnoff la considère comme aussi active que celle des frictions mercurielles, à laquelle elle est incontestablement supérieure sous tous les autres rapports. Elle s'applique à tous les âges, à tous les stades de la maladie.

Elle convient merveilleusement surtout aux malades des hôpitaux civils et militaires que l'on ne peut efficacement traiter dans un grand nombre de cas. Avec les injections de calomel ou de précipité jaune, il est impossible d'éviter la médication, comme le font si souvent les malades ».

Le Dr Besnier a de son côté insisté sur les précautions essentielles à prendre pour pratiquer les injections de calomel : avant tout, s'astreindre aux conditions strictes de l'antisepticité du traumatisme et de la stérilisation microbienne des substances injectées; ainsi, laver préalablement la surface à ponctionner avec une solution antiseptique; l'injection faite, comprimer pendant quelques instants la ponction non pas avec le doigt, mais avec une boulette de ouate imprégnée du liquide antiseptique; enfin, oblitérer immédiatement la piqûre avec une rondelle d'emplâtre de Vigo. La question du véhicule (vaseline liquide, eau salée, glycérine, etc.), importe moins, pourvu que le liquide ait été stérilisé préalablement. Le lieu d'élection de la piqûre, la fossette rétro-trochantérienne, est universellement recommandé, surtout chez les femmes.

Besnier fait arriver l'injection profondément dans la couche musculaire, évitant l'hypoderme d'une part, les couches périostiques d'autre part. Quant aux *suites de l'injection*, nous les avons signalées : douleur de l'injection nulle ou à peu près, absence de tout phénomène du troisième au sixième jour, puis, apparition d'un petit nodus plus ou moins douloureux dont les proportions augmentent progressivement et quelquefois d'une manière inquiétante pour les sujets ou les médecins non prévenus. Chez quelques sujets, la tumeur finit par s'ouvrir et fournit pendant une ou plusieurs semaines un liquide séro-sanguinolent. Les véritables abcès sont excessivement rares, lorsqu'on prend les précautions indiquées.

La stomatite et l'entérorrhée mercurielles ne se produisent que sur 4 à 5 p. c. des injections; il n'y a rien à craindre de ce côté, pourvu que les malades soient surveillés.

Mais, en somme, quels sont les résultats obtenus chez les sujets syphilitiques ?

Telle est, d'après Besnier, la *théorie* de l'action des injections de calomel : le calomel déposé dans les tissus est solubilisé lentement à l'aide des chlorures en circulation et entraîné dans le courant sanguin ; il se produit ainsi une mercurialisation véritable d'une durée très longue, pendant laquelle le sujet est préservé des accidents syphilitiques.

Le Dr Besnier considère cette théorie comme une pure hypothèse : en *réalité*, on ne peut admettre, d'après lui, que la quantité minime de mercure, renfermée dans les 40 centigrammes de calomel injectées pour toute la cure, soit capable de combattre le germe syphilitique dans la masse entière des tissus pendant un temps presque illimité.

L'action médicamenteuse réelle doit être considérée comme épuisée en peu de semaines.

La *clinique* confirme ce que le raisonnement fait préjuger.

Dans les jours qui suivent l'injection de calomel, l'action curative est incontestable et diverses lésions syphilitiques sont enrayées rapidement ; ce sont les manifestations exanthématiques de la syphilis secondaire et certaines lésions de la syphilis tertiaire, mais M. Besnier est d'avis qu'un pareil résultat peut être obtenu dans les mêmes délais par les autres procédés de traitement de la syphilis, et que l'action des injections de calomel ne s'est pas encore assez évidemment montrée supérieure à celle de ces autres procédés, pour s'imposer dans la pratique.

Que faut-il penser maintenant des *récidives* après les injections de calomel? C'est là la question capitale.

On a prétendu que les récidives sont beaucoup plus rares chez les

sujets traités par les injections de calomel ; M. Besnier n'admet pas que le fait soit suffisamment prouvé, et les résultats qu'il a obtenus ne sont pas encourageants sous ce rapport.

Jusqu'à plus ample information, il ne reconnaît à la méthode nouvelle de traitement de la syphilis que les avantages suivants.

1° Elle assure dans une certaine mesure la médication mercurielle contre l'inexécution des prescriptions médicales dans la clientèle hospitalière.

2° Elle est réellement indiquée chez les sujets à intolérance digestive, accidentelle ou permanente, et contre les déterminations de la syphilis qui se montrent rebelles aux procédés ordinaires.

Au surplus, nous avons rencontré des sujets qui ont trouvé plus commode de se soumettre à une série de quatre injections sous-cutanées de calomel, espacées de quinze en quinze jours, que de prendre à l'intérieur, pendant un temps parfois très long, des préparations mercurielles, mais les phénomènes locaux que nous avons constatés après les quelques injections que nous avons pratiquées ont toujours été très prononcés, sans être inquiétants; aussi, nous croyons qu'il faut toujours prévenir les malades des suites possibles des injections. L. D.

—

DILATATION DE L'UTÉRUS.

Le Dr Fraipont a donné dans les *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, n° 8, une analyse intéressante des divers procédés de dilatation du col utérin.

Le degré de dilatation à obtenir varie suivant le but à atteindre : s'il s'agit de remédier à une sténose congénitale ou acquise, une dilatation modérée est suffisante ; si l'on veut explorer la cavité utérine avec le doigt, pratiquer le raclage de la muqueuse ou extirper des polypes muqueux ou placentaires, il faut porter la dilatation au maximum.

Passant en revue les méthodes, l'auteur ne cite que pour mémoire la *dilatation sanglante*, pratiquée au moyen d'instruments spéciaux, ou bien avec des ciseaux particuliers ; elle expose à des hémorragies sérieuses ou à des lésions graves.

La *dilatation non sanglante* peut être brusque ou graduelle.

La *dilatation brusque* s'obtient à l'aide d'instruments spéciaux appelés *dilatateurs*, dont les variétés très nombreuses se laissent ramener à deux types différents.

Les uns sont formés de deux, trois ou quatre branches qui s'écartent parallèlement ou en divergeant, quand on presse sur le manche de

l'instrument ou par l'action d'un pas de vis : ils ne rendent guère des services et ne sont pas indispensables : beaucoup sont trop volumineux pour pouvoir franchir le col interne et ne dilatent par conséquent que la cavité cervicale, ce qui n'est pas suffisant; ceux qui parviennent à pénétrer dans la matrice, ou bien sont trop faibles pour vaincre la résistance de l'orifice interne, partant inefficaces, ou bien, assez puissants, mais alors dangereux.

Le second type de dilatateurs comprend des tiges de forme conique ou cylindrique, en métal ou en caoutchouc durci, d'un calibre variable depuis le volume d'un stylet de trousse jusqu'à celui d'un fort index et au delà.

Les meilleurs seraient les *bougies dilatatrices* de Hégar; elles sont en caoutchouc durci, tout à fait lisses, et faciles par conséquent à nettoyer et à maintenir aseptiques : elles ont une légère courbure et il en existe toute une filière, depuis un millimètre de diamètre jusqu'à 2 centimètres et demi, en augmentant seulement d'un demi millimètre de l'une à l'autre.

Ces bougies permettent d'obtenir dans tous les cas la dilatation voulue : il faut seulement agir lentement et avec patience, en laissant chaque bougie en place le temps nécessaire pour qu'elle produise son effet : c'est là leur seul inconvénient; car il faut, même pendant la chloroformisation, plus d'une heure pour faire passer les forts numéros : c'est pourquoi le Dr Fraipont n'emploie plus, dit-il, les bougies de Hégar, qu'après avoir au préalable rendu le muscle utérin dilatable au moyen d'une tige de laminaria.

La *dilatation lente et graduelle* s'obtient, abstraction faite de quelques dilatateurs spéciaux, au moyen de l'éponge préparée, du laminaria, du tupelo, etc. : c'est la méthode de choix; on a reproché à ces corps dilatants le danger d'infection auquel ils exposent, mais on peut prévenir ce danger en veillant à ce que ces corps soient aseptiques, et en désinfectant le vagin et l'utérus avant leur introduction.

Les éponges préparées, taillées en cône, tout à fait droites et rigides, sont d'une introduction difficile, en ce sens qu'on parvient difficilement à leur faire franchir l'orifice interne, la partie de l'utérus la plus résistante, la plus difficile à vaincre.

Le laminaria, qu'on trouve dans le commerce sous forme de tiges cylindriques de tout calibre et de toute longueur, est préférable : on conserve ces tiges dans une solution d'éther iodoformisé au dixième, renfermée dans un flacon bien bouché à l'émeri; ils y séjourneront une quinzaine de jours au minimum avant d'être employés : ils sont alors complètement imprégnés d'iodoforme, comme on peut s'en convaincre sur une coupe, et ils sont non seulement aseptiques, mais antiseptiques.

La tige de laminaria n'est d'ailleurs retirée du flacon qu'au moment où on doit s'en servir : elle devient sèche au bout de quelques minutes par évaporation de l'éther : on voit alors que sa surface a perdu son poli et est devenue un peu rugueuse : en outre, elle se courbe et se plie avec une certaine facilité, et conserve la forme donnée : ainsi disparaissent les griefs articulés contre le laminaria, c'est à dire, le danger d'infection, la difficulté de l'introduction à cause de sa rigidité, et la difficulté de le maintenir en place à cause de l'état poli de sa surface : du reste, le séjour dans l'éther ne diminue nullement le pouvoir expansif du laminaria.

Quant au tupelo et à la racine de gentiane, ils n'ont aucun avantage sur le laminaria.

Le grand avantage des corps dilatants en général ne serait pas tant de produire le degré de dilatation voulu, que de provoquer la dilatabilité de l'utérus, en amenant un afflux sanguin plus considérable, une imbibition plus grande des tissus : de la sorte, on peut, au besoin, obtenir une dilatation maxima en très peu de temps au moyen des instruments mousses, sans courir le risque de déchirer les tissus.

En résumé, voici la méthode recommandée par l'auteur : le vagin et l'utérus sont bien lavés et désinfectés au moyen d'une solution phéniquée à 3 % ou d'une solution de sublimé à 1 ‰, injectée à l'aide d'une sonde à double courant; on retire du flacon une tige de laminaria appropriée à la longueur et au calibre du canal utérin, et on l'introduit facilement, en se servant d'une valve de Simon qui déprime la paroi postérieure du vagin, et en fixant l'utérus et l'abaissant au moyen d'une pince-érigne implantée dans la lèvre supérieure du col; on fait pénétrer la tige jusqu'au fond de la matrice et on lui laisse dépasser l'orifice interne d'un demi centimètre environ.

Après une dernière injection antiseptique — de préférence très chaude, pour forcer l'utérus à se contracter et à se mouler sur la tige — un ou deux tampons d'ouate ou de gaze antiseptique sont appliqués contre le col, dans le fond du vagin.

La patiente conserve le décubitus dorsal jusqu'au lendemain : les douleurs sont très modérées, quelquefois nulles, pendant que la tige reste en place. Après vingt-quatre heures d'application, celle-ci est retirée : pour cela, on déprime la paroi postérieure du vagin et on fixe l'utérus, comme il a été indiqué plus haut; on saisit l'extrémité inférieure de la tige entre les mors d'une forte pince à pansement et on l'entraîne aisément au dehors en tirant dans le sens de l'axe utérin.

Il arrive quelquefois, mais rarement, que la tige a été expulsée en partie dans l'intervalle, mais l'effet désiré est néanmoins obtenu.

Il est très rare qu'il soit nécessaire d'introduire une seconde tige de

laminaria; si la dilatation obtenue n'était pas suffisante d'ailleurs pour certains cas déterminés, les bougies dilatatrices de Hégar permettront, dit l'auteur, de compléter en quelques minutes la dilatation du laminaria. L. D.

—

DILATATION UTÉRINE par le Dr LANDAU (*Deuts. med. Zeitung*, n° 93-1887, et *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1887, p. 459).

La méthode du Dr Landau ressemble beaucoup à celle de Vuillet de Genève (1). Seulement, au lieu de se servir de tampons de coton passés par l'éther iodoformé, il se sert de la gaze iodoformée, recommandée par Fritsch (2). Il désinfecte d'abord la gaze par une solution de sublimé à 1 °/oo, puis il la découpe en petites bandes longues d'un mètre à un mètre et demi, larges de 2 ou 3 travers de doigt, qu'il laisse tremper dans une solution éthérée d'iodoforme. L'éther évaporé, les bandelettes sont conservées dans un flacon stérilisé bien bouché.

L'introduction de ces bandelettes dans le col se fait au moyen d'une sonde ordinaire : on bourre lentement la cavité utérine comme on plombe une dent cariée et on laisse le pansement un jour ou deux en place.

Cette méthode a procuré à M. Landau, déjà dans plus de 200 cas, les résultats les plus satisfaisants.

Lorsque l'introduction de la gaze présente des difficultés on fera bien de les écarter par l'emploi préalable du laminaria.

« Ce tampon, dit M. Fraipont (*Annal. de Liège*), agit sur la matrice non pas en se gonflant, mais par l'irritation qu'il produit comme corps étranger. L'utérus se contracte et se ramollit, tout comme sous l'influence d'une éponge ou du laminaria. En un mot il devient *dilatable* et cela suffit. La gaze iodoformée, qui coûte moins cher que les agents de dilatation *ne provoque aucune douleur et est exempte de douleur*. Sans doute la gaze détermine d'énergiques contractions utérines, mais ces contractions ne deviennent douloureuses que si la matrice rencontre un obstacle à l'expulsion des produits dont elle veut se débarrasser. C'est ce qui arrive, par exemple, avec les éponges préparées et autres substances qui bouchent l'orifice externe et ne permettent pas l'élimination de sécrétions qui s'accumulent rapidement dans le corps utérin. Mais ce n'est pas le cas avec la gaze qui absorbe ces liquides, s'en imbibe rapidement, les laisse filtrer à travers ses mailles et cela d'autant plus facilement que l'utérus, en se contractant, agit

(1) V. *Revue méd.*, VI, p. 207.
(2) V. *Revue méd.*, V, 535.

sur elle, *comme ferait une main sur une éponge mouillée*. La rétention des liquides n'est donc pas à craindre et, par conséquent aussi, la décomposition est évitée. »

La méthode est surtout utile dans l'*endométrite*, cette affection contre laquelle échouent tous les moyens indirects et qu'on ne parvient à guérir que par une médication *topique*. Le médicament est ici mis en contact direct avec la muqueuse malade, jusqu'à guérison. Le tamponnement en outre laisse, au besoin, la voie ouverte à des moyens plus énergiques : caustiques, antiseptiques, astringents, curette, etc.

L'iodoforme réussit particulièrement dans l'*endométrite gonorrhéique*.

Landau et Fraipont ont souvent tamponné ainsi des femmes qu'ils laissaient ensuite, sans aucun inconvénient, vaquer à leurs occupations habituelles. E. H.

—

DES INDICATIONS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE,

Grâce aux perfectionnements apportés à la technique opératoire et aux procédés antiseptiques, la mortalité de l'opération césarienne s'est abaissée rapidement dans ces dernières années; ainsi, en rassemblant les cas les plus récents, Crédé a constaté qu'elle n'était plus que de 17,5 p. c. dans l'angustie pelvienne, tandis qu'elle était autrefois de 70 à 80 p. c.

Appuyé sur cette statistique, Crédé a proposé de remplacer par l'opération césarienne la craniotomie en général, qui sacrifie des enfants vivants.

Mais l'auteur de la communication que nous résumons et qui a été faite au dernier Congrès de Wiesbaden, le Dr Wyder, considère la proposition du professeur Crédé comme prématurée : c'est ce qu'il cherche à établir, en étudiant comparativement l'opération césarienne et les deux méthodes rivales, la craniotomie et l'accouchement prématuré artificiel.

167 craniotomies pratiquées à la clinique d'accouchements de la Charité ont donné une mortalité de 14,5 p. c., ou plutôt de 8,4 p. c., si l'on retranche les cas de mort dont l'opération n'a pas été responsable.

98 cas d'accouchement prématuré artificiel dans l'angustie pelvienne ont donné une mortalité de 8,2 p. c. pour la mère, de 48 p. c. pour l'enfant.

On rencontre certaines difficultés si l'on veut remplacer la craniotomie par l'opération césarienne : en effet, dans la pratique privée, l'angustie pelvienne est souvent reconnue très tardivement ; ensuite,

la marche du travail dans le cas d'angustie pelvienne n'est pas seulement influencée par le degré du rétrécissement, mais encore par plusieurs autres facteurs dont on ne peut déterminer le rôle d'avance; ce qui rend le pronostic difficile à poser avec précision.

Partant de là, lorsque l'angustie pelvienne est du premier ou du second degré, le praticien ne consentira jamais à proposer à une primipare une opération dont la mortalité est de 17,5 p. c., à un moment où aucun danger ne menace encore ni la mère ni l'enfant.

Pour la même raison, une multipare qui a eu plusieurs accouchements heureux ne se décidera pas facilement à accepter l'opération césarienne, dans le cas où un accouchement ultérieur nécessitera une intervention opératoire.

Dans l'angustie pelvienne du troisième degré, l'auteur concède qu'il faudra pratiquer l'opération césarienne au lieu de la craniotomie, lorsque la mortalité des deux opérations sera devenue la même. En attendant qu'il en soit ainsi, on fera toujours bien d'exposer à la femme ou à son entourage les chances des diverses interventions, afin de ne pratiquer l'opération césarienne qu'avec le consentement des personnes intéressées.

Dans les rétrécissements du bassin du premier et du second degré, on ne s'avisera jamais de pratiquer l'opération césarienne à une primipare; l'opération ne sera légitime que s'il s'agit d'une multipare qui désire vivement avoir un enfant vivant, après que tous les accouchements antérieurs ont amené des enfants morts.

C'est dans ces cas d'ailleurs aussi que la question de l'accouchement prématuré artificiel demande à être agitée.

En résumé, d'après l'auteur, aussi longtemps que la mortalité de l'opération césarienne reste sensiblement plus élevée que celle de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel, c'est la vie de la mère plutôt que celle de l'enfant qui doit entrer en compte dans la ligne de conduite du praticien. L. D.

—

KYSTES HYDATIQUES DE L'UTÉRUS. MM. Péan et Secheyron ont attiré l'attention sur cette rareté pathologique dont on réunirait à peine dix exemples authentiques.

L'hydatide, l'exacanthe pénètre dans l'épaisseur du muscle utérin soit par la circulation, soit par effraction à travers les parois intestinales ou après rupture d'un kyste hydatique abdominal du foie, de l'épiploon ou du rein. Un kyste juxta-utérin peut pénétrer dans le parenchyme de la matrice après avoir usé ses parois (cas de Brill et de Kuchenmeister) et se développer dans le muscle même ou sous la muqueuse.

Le diagnostic est toujours difficile : les petits kystes restent à l'état latent ou ne sont découverts qu'à l'autopsie (cas de Laënnec, Ferrant et Barré). Ils ne se trahissent que lorsque leur volume devient l'occasion de douleurs, de contractions utérines, de gênes de la miction, de la marche (Péan), de rétroversion (Jones), d'inversion utérine (Thatscher), de rétention d'urine (Péan).

Leur symptôme caractéristique est l'expulsion, spontanée ou artificiellement provoquée, des vésicules ou de leur contenu.

Ils ne rétrocèdent qu'à la mort des hydatides et la grossesse imprime une vive impulsion à leur développement. Si le kyste n'influence guère la grossesse il a des effets très fâcheux sur le travail : il le ralentit, l'enraie et, situé sur le segment inférieur du col, devient une cause de dystocie sérieuse ayant parfois rendu l'embryotomie nécessaire (cas de Günsberg et de Brill) et même l'opération césarienne (trois cas rapportés par M. Porak de kystes périutérins).

Les troubles fonctionnels mettent sur la voie d'un diagnostic que l'examen histologique du contenu de la tumeur peut seul rendre certain. Jusque là on confond aisément le kyste hydatique avec une foule d'autres affections présentant à peu près les mêmes caractères : certains débuts de grossesse, les tumeurs fibreuses, fibro-kystiques, les tumeurs utéro-cystiques, les tumeurs péri utérines, certaines pelvi-péritonites et les môles hydatiformes.

Ces tumeurs qui se vident rarement spontanément, causent des troubles fonctionnels et peuvent rendre l'accouchement difficile, dangereux ou impossible, il convient de les traiter par la ponction, parfois par l'excision d'une partie de la poche et son drainage. On ne parvient souvent à les atteindre qu'après la discision ou la dilatation du col.

E. H.

—

— ABSENCE DE MICROBES DANS L'AIR EXPIRÉ. — Note de MM. I. Strauss et W. Dubreuilh, présentée à l'Académie des sciences de Paris (5 décembre 1887).

— Lister, le premier, a fait l'observation que « l'air introduit dans la cavité pleurale par suite d'une fracture simple des côtes (sans plaie extérieure) produit des effets tout différents et infiniment moins graves que ceux résultant d'un pneumothorax consécutif à une plaie pénétrante de poitrine »... Ce fait, ajoutait-il, fut pour moi un mystère, jusqu'à ce que, grâce à la théorie des germes, je compris qu'il est naturel que l'air fût filtré par les bronches, dont l'un des offices est d'arrêter les particules de poussières inhalées et de les empêcher d'entrer dans les vésicules pulmonaires.

Cette explication de Lister fut confirmée expérimentalement par

Tyndall, qui montra que l'air expiré est, selon son expression, *optiquement pur*; c'est à dire que, traversé par un faisceau lumineux, il ne manifeste pas de traînée lumineuse dans une chambre noire. Cet air est donc privé de toute particule en suspension capable de diffuser la lumière (1).

Nous nous sommes proposé de vérifier, par les méthodes bactériologiques, le fait physique signalé par Tyndall.

« Nous nous sommes servis de flacons à deux tubulures remplis de » bouillon alcalinisé et stérilisé. L'un des tubes, par lequel arrivait l'air » expiré, était effilé à son extrémité inférieure, qui plongeait au fond » du liquide; l'air expiré barbotait ainsi, en bulles très fines, à travers » une couche épaisse de bouillon et devait se dépouiller à peu près » complètement des particules solides qu'il pouvait contenir. Dans un » certain nombre d'expériences, le bouillon maintenu à une température de 25° fut additionné de gélatine, afin d'augmenter la viscosité » du liquide et de prolonger ainsi le contact des bulles avec le liquide. » Les séances d'expiration étaient d'environ une demi-heure pour » chaque flacon; le liquide de chaque flacon était donc traversé par » 250 litres à 300 litres d'air expiré (2). Les flacons étaient ensuite mis » pendant plusieurs jours à l'étuve à 35°.

» Le plus grand nombre de ces flacons demeurèrent stériles; quel- » ques-uns seulement se troublèrent par une végétation de micro- » organismes ou laissèrent se développer des moisissures. Mais ces cas » étaient exceptionnels et en partie, sans doute, attribuables à des » fautes de manipulation (projection d'un peu de salive, expiration » trop brusque, etc). (3). »

Ces expériences sont donc entièrement confirmatives de celles de Tyndall. Elles tendent à démontrer que l'air expiré, de même qu'il est *optiquement pur*, est presque complètement privé de microbes. Le poumon joue donc réellement, pour les micro-organismes, le rôle de filtre que Lister lui attribue. Le mécanisme de cette filtration se conçoit aisément, si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles l'air circule dans le poumon, dans des canaux d'une étroitesse extrême et tapissés par un épithélium.

(1) Voir Tyndall, *Les Microbes*, trad. française de L. Dollo; p. 30, 42 et 52. Paris, 1882.

(2) L'expiration faite lentement avait lieu à la suite d'une inspiration lente et profonde.

(3) Nous avons aussi cherché à déterminer l'endroit exact de l'arbre respiratoire où s'effectuent l'arrêt et sans doute aussi la destruction des bactéries introduites pendant la respiration. Pour cela nous avons examiné un certain nombre de poumons de grands animaux (bœufs, chevaux) au moment même où ils venaient d'être mis à mort; mais ni les colorations ni la culture ne nous ont donné des indications suffisamment précises pour permettre de nous prononcer à cet égard.

Divers expérimentateurs se sont appliqués à retrouver dans l'air expiré, des microbes pathogènes, mais toujours, à notre connaissance, sans résultat.

M. Grancher a fait un grand nombre d'expériences sur l'air expiré par les phtisiques; jamais il n'a pu y déceler la présence du bacille de Koch ou de ses spores. MM. Charrin et Karth ont fait des recherches analogues avec les mêmes résultats négatifs.

De l'ensemble de ces faits, on peut tirer la conclusion que les hommes ou les animaux réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent, au contraire, à le purifier, *en ce qui concerne les microbes;* il doit en être ainsi, puisque l'air, à sa sortie des poumons, renferme moins de microbes qu'à l'entrée. Cette donnée n'infirme en rien le fait constaté depuis longtemps par MM. Pasteur, Lemaire, Miquel, etc , à savoir que les microbes sont très abondants dans l'air des locaux encombrés (salles d'hôpitaux, casernes, etc.). L'acte de la respiration n'est pour rien dans ce phénomène; ce n'est pas par l'air qu'ils expirent, par leur *haleine*, que les hommes agglomérés chargent l'air ambiant de microbes; c'est par leurs vêtements, par les poussières que leurs mouvements occasionnent, par leur expectoration desséchée sur le plancher et soulevée plus tard sous forme pulvérulente, que s'effectue la dissémination des microbes dans l'air. La respiration des hommes apporte, dans un espace clos, son contingent de gaz nuisibles; mais elle tend à *purifier* l'air des microbes qu'il contient.

—

Les COUVEUSES ET LE GAVAGE à la maternité de Paris. M. Berthod vient de publier une thèse faisant connaître les résultats obtenus à la maternité de Paris par la couveuse artificielle et par le gavage.

Les couveuses fonctionnent dans le service de M. Tarnier depuis 1881 et il résulte d'un tableau comprenant 608 observations, que l'élevage par la couveuse réussit :

aux	*prématurés*	de 7 1/2	mois,	dans	la	proportion	de 78,7	p. %.
»	»	7	»	»	»	»	63,7	»
»	»	6 1/2	»	»	»	»	53	»
»	»	6	»	»	»	»	30	»

Le *gavage* n'a été introduit que plus tard à la maternité et n'y est en usage que depuis le mois de mars 1884. Les observations ont porté sur 152 enfants, nés prématurément ou nés à terme, mais ne pouvant têter pour des raisons diverses.

Le gavage a réussi :

aux	enfants	de 9	mois,	dans	la	proportion	de 71,4	p. %
»	»	» 8 1/2	»	«	»	»	95,2	»
»	»	» 8	»	»	»	»	74,4	»

aux enfants de			7 1/2	mois,	dans	la	proportion de	66,6	»
»	»	»	7	»	»	»	»	50	»
»	»	»	6 1/2	»	»	»	»	33,3	»
»	»	»	6	»	»	»	»	23	»

En présence de résultats aussi satisfaisants, on peut dire avec M. Berthod qu'à l'heure actuelle le terme *clinique* et le terme *légal* de la viabilité de l'enfant peuvent être regardés comme sensiblement confondus. E. H.

—

NATURE ET MODES DE TRANSMISSION DE LA LÈPRE.

Nous avons vu dans la *Revue* ( ) que la nature microbienne de la lèpre était actuellement démontrée.

Le Dr Besnier a lu à l'académie de médecine de Paris (11 octobre) un intéressant mémoire sur la lèpre, dont nous résumons les conclusions.

La lèpre, qui est loin d'être une maladie éteinte, n'est ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique ; c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé.

Elle est transmissible dans des conditions en partie dévoilées, en partie ignorées ; l'homme semble être le seul agent de cette transmission ; il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée, pendant la vaccination, par exemple ; il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attachée à lui, non au sol ; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité.

La misère sociale et la promiscuité sordide favorisent la propagation de la maladie.

La médecine peut opposer à la lèpre une prophylaxie certaine, basée sur les progrès de l'hygiène, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge. L. D.

—

APPLICATION DE GLACE SUR LE VENTRE.

La *Pratique médicale* recommande le procédé suivant de réfrigération dans les affections abdominales aiguës, pour remplacer les vessies de glace dont l'usage est incommode.

Placer d'abord sur la paroi abdominale une large pièce de flanelle destinée à prévenir les escharres.

Sur cette pièce de flanelle, appliquer de petits morceaux de glace. Par dessus, un large cataplasme froid. Celui-ci, en se moulant sur le ventre et sur les morceaux de glace, assure la solidité de l'appareil, et la flanelle humide le garantit contre le glissement.

Les morceaux de glace seront renouvelés aussi souvent qu'il sera utile et rien n'est plus facile que d'en surveiller la fusion. L. D.

—

ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS PAR LE NEZ.

Chez les enfants qui ne peuvent têter ou boire, soit par cause de faiblesse, de muguet, de bec de lièvre, etc., on peut recourir à un moyen fort simple, connu, mais trop négligé, et sur lequel M. le docteur St-Philippe, de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, vient d'attirer l'attention dans la *Revue de thérapeutique*. L'enfant est tenu bien horizontalement, la tête au même niveau que les pieds ; on fait sourdre le lait de la nourrice dans une cuiller à café, et on verse doucement la cuillerée dans une des narines de l'enfant. Le lait coule le long du plancher des fosses nasales, tombe dans le pharynx, et la déglutition a lieu comme dans la succion normale. Quand cette petite opération est bien faite, sans précipitation, elle ne trouble pas la respiration.

Inutile de faire remarquer que l'abondance, la fréquence et la qualité des repas doivent être en rapport avec l'âge et l'état de santé de l'enfant. E. H.

VARIÉTÉS.

—

LA MALADIE DU PRINCE IMPÉRIAL D'ALLEMAGNE.

Nous croyons utile de renseigner les lecteurs de la *Revue* sur la maladie du prince impérial d'Allemagne, d'après les détails que nous avons recueillis dans divers journaux scientifiques ou même politiques.

Le commencement de la maladie date de l'hiver de 1886; c'était tout d'abord un enrouement, qui ne voulait céder à aucun des moyens usités en pareil cas.

L'examen laryngoscopique ne conduisit d'abord à rien de précis; plus tard, le Dr Gerhardt découvrit dans le larynx une petite tumeur qu'il enleva avec l'anse galvanique; mais comme cette tumeur récidivait toujours, les médecins traitants pensèrent qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Les professeurs de Bergmann et Tobold adhérèrent à ce diagnostic, et tous les médecins traitants furent d'avis qu'il fallait recourir au plus vite à une opération radicale, qui seule pouvait donner un résultat plus ou moins durable.

La *laryngotomie*, c'est à dire l'ouverture du larynx dans le but d'arriver à la tumeur et de la détruire radicalement, fut proposée et acceptée par les personnes intéressées ; le jour de l'opération était déjà fixé et les préparatifs commencés, lorsqu'au dernier moment le professeur de Bergmann fut chargé de demander l'opinion des spécialistes les plus célèbres.

Le Dr Mackenzie, de Londres, fut seul appelé ; il ne crut pas au cancer et il fut d'avis que la médication par les voies naturelles suffirait ; il fit plusieurs extirpations à la suite desquelles la situation du prince impérial s'améliora sensiblement. On croyait déjà avoir atteint le but, lorsque, dans ces derniers temps, la tumeur laryngée se mit à se développer avec plus d'activité et les accidents à s'aggraver ; les symptômes cliniques et les données laryngoscopiques parurent tellement significatifs que la nature cancéreuse de la maladie s'imposa à ce moment. Mackenzie lui-même terminait comme suit un rapport récemment publié sur la maladie du prince impérial :

« Bien que la nature de la tumeur ne soit pas parfaitement démontrée, tout nous porte à croire qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse. »

En présence des progrès du mal, tous les médecins appelés déclarèrent qu'il était malheureusement trop tard pour recourir à la laryngotomie, qui dans le principe aurait pu suffire pour détruire la tumeur, et que l'ablation totale du larynx seul ou la laryngectomie pouvait être pratiquée avec quelque espoir de succès : cette opération ne fut pas acceptée par le prince impérial, et la terminaison fatale semblait devoir se faire à brève échéance.

Sur ces entrefaites, il survient, au grand scandale des personnes étrangères à l'art médical, un amendement notable dans la situation du malade, à la suite de l'ouverture d'un abcès : la tumeur se met à diminuer, les ulcérations montrent de la tendance à se cicatriser. Bref, on se remet à douter qu'il s'agisse dans l'espèce d'un cancer dont la marche est fatalement progressive ; on prononce aujourd'hui le nom de périchondrite, d'une périchondrite un peu spéciale, et on émet un pronostic favorable. Les nouvelles de San Remo deviennent de jour en jour plus rassurantes. Seulement les médecins pensent que la durée de la maladie sera longue et qu'il y a à craindre un rétrécissement du larynx plus ou moins grave, consécutif à l'hyperphasie du tissu muqueux et sous-muqueux.

En ce moment, tout le monde se dit que le prince impérial a été bien inspiré en refusant l'opération de laryngectomie proposée, et Mackenzie, après avoir été honni et bafoué par toute la presse allemande, paraît triompher de nouveau.

En même temps que Mackenzie, Virchow a été rendu responsable

de la gravité de la situation, lorsque la nature cancéreuse de la maladie a paru évidente à tout le monde.

C'est de ce reproche que l'illustre professeur d'anatomie pathologique a voulu se disculper dans une communication récente à la Société de médecine de Berlin, publiée par le *Bulletin médical* (20 nov. 1887).

Le premier examen microscopique d'un fragment extirpé du larynx du prince impérial a été fait le 21 mai : le rapport de Virchow se terminait par cette conclusion : « Rien n'a été constaté qui ressorte des limites d'un simple processus irritatif. »

Le 9 juin deux autres fragments extirpés par le Dr Mackenzie, sous forme de verrues épithéliales dures, sont examinés, et Virchow exprime de nouveau l'avis que la maladie est une simple prolifération épithéliale, *une pachydermie verruqueuse*, comme il l'appelle, c'est à dire, ce que l'on désigne improprement sous le nom de *papillome*.

« Aucune excroissance des éléments épithéliaux dans l'intérieur de la muqueuse n'a pu être découverte, disait-il, et quoique l'altération de la partie enlevée soit très manifeste, la nature saine des tissus aux surfaces des sections permet quand même de poser un pronostic favorable.

» Cette opinion, ajoutait-il, peut-elle aussi être admise par rapport à la maladie dans sa totalité?

» L'examen des deux fragments extirpés ne nous permet pas de répondre avec assurance à cette question. En tout cas les deux fragments ne présentent rien qui puisse faire soupçonner une affection plus sérieuse. »

Virchow insiste sur l'importance de la réserve exprimée dans ces dernières lignes : « Je crois avoir fait mon possible, dit-il, pour donner à entrevoir à tout lecteur compétent que mon avis visait seulement les fragments examinés. »

A propos de l'examen d'un nouveau fragment de la tumeur pratiqué le 1 juillet, le professeur Virchow terminait ainsi son rapport : « Le fragment extirpé est une verrue dure, développée sur une surface modérément irritée, épaissie, et dont la base ne présente aucun signe autorisant à supposer une néoplasie qui aurait pénétré dans les tissus profonds. »

Comme on le voit, la nature cancéreuse de la maladie n'a pas été jusqu'à présent déterminée par le microscope, et l'anatomie pathologique ne paraît pas en défaut, aujourd'hui qu'une amélioration s'est produite dans l'état du larynx du prince impérial et qu'on considère la guérison comme possible.

La marche ultérieure de la maladie dissipera les incertitudes qui persistent.

Virchow n'a pas jugé bon de débattre la question de la possibilité de conclure à la nature de la néoplasie par l'examen de quelques fragments, mais il a dit avoir examiné dans ces derniers temps dans différentes collections anatomo-pathologiques beaucoup de préparations de cancer du larynx, sans en avoir trouvé une seule où, à côté du cancer, il y eût des formations verruqueuses tout à fait indépendantes, comme celles qu'il a constatées dans les fragments extirpés du larynx du prince impérial. L. D.

—

Gauchers et droitiers. D'après M. Galippe (*Société de Biologie*, 30 juillet 1887), nous sommes *droitiers par atavisme et gauchers par hérédité morbide.*

Il a observé que ce sont surtout les maxillaires gauches qui, chez les droitiers, sont le siège d'anomalies de développement : huit fois sur dix, l'éruption de la dent de sagesse s'accompagne d'accidents sur le maxillaire inférieur gauche.

Du reste, en consultant les figures d'anomalies dessinées dans les auteurs, on constate que la grande majorité sont représentées comme appartenant au côté gauche.

On observe des phénomènes inverses chez les gauchers, mais les gauchers étant plus rares, les faits sont moins nombreux.

D'autre part, *beaucoup de gauchers rentrent dans la catégorie des dégénérés.*

Les gauchers peuvent devenir ambidextres par éducation : mais il leur reste toujours une certaine préférence pour le côté gauche.

Le Dr Feltz cherche au contraire à prouver, en s'appuyant sur quelques faits observés par lui, qu'une des causes les plus fréquentes de la gaucherie est l'habitude. Quand la nourrice porte son nourrisson sur le bras gauche, c'est le bras gauche de l'enfant qui est en avant, et c'est de celui-là qu'il se sert ; il deviendra gaucher. Mais, comme 99 nourrices sur 100 portent les enfants sur le bras droit, ces enfants se servent du bras droit qui est en avant pour saisir les objets, et ils deviennent droitiers. L.

—

Polypnée réfrigérante du chien. On sait qu'à l'état normal, les chiens ont de 20 à 30 respirations par minute ; mais, dès qu'ils s'agitent ou qu'ils sont placés au grand soleil, la respiration s'accélère jusqu'à 300, 350 respirations et plus par minute.

M. Richet (Académie des Sciences, 8 août 1887) a démontré que

cette respiration accélérée, qu'il désigne sous le nom de *polypnée*, est uniquement thermique ou, pour parler plus exactement, hypothermisante. En effet, son but final est, non pas de favoriser les échanges chimiques qui se font dans les poumons, mais de favoriser l'évaporation pulmonaire.

L'auteur a pu constater directement par la balance qu'un chien, dont la respiration est ainsi accélérée du simple au sextuple et plus, perd en une heure 11 grammes d'eau par kilogramme d'animal par l'évaporation pulmonaire, ce qui donne l'énorme déperdition de 6.000 calories.

En résumé, la respiration accélérée *des animaux qui ne transpirent pas* et, en particulierdes chiens, est un puissant moyen de réfrigération.

— L.

Sources de la syphilis chez la femme. Pour corroborer les arguments développés dans son récent rapport, et résumés dans le n° d'août 1887 de la *Revue*, le prof. Fournier a compulsé dans ses notes les cas de syphilis féminine reçus par lui dans son cabinet depuis 27 ans, et est parvenu à établir que sur 100 cas de syphilis chez la femme, 19 ou 20 au moins affectent des femmes mariées et honnêtes, conjugalement infectées.

La proportion est lamentable, dit-il, et tristement significative.

Ce chiffre, ajoute-t-il, contient un argument puissant contre les adversaires de la prophylaxie de la syphilis, qui prétendent que nous travaillons à protéger seulement les libertins, les viveurs, les coureurs de mauvais lieux, les lovelaces de trottoir, en un mot, le public de la débauche.

Il y a donc un grand nombre de *syphilis imméritées* qui sont dignes de considération et de pitié et qui réclament une sauvegarde prophylactique. Quant aux autres, « les syphilitiques, j'en parle par expérience, conclut Fournier, sont, pour l'immense majorité, des individus comme tout le monde, ne valant ni mieux ni pis que le commun des mortels. »

Pour un très grand nombre, la syphilis a été un malheur presque immérité. « En tous cas, elle n'est que le résultat d'une faute si commune que la dite faute est presque générale chez les hommes de notre société, laquelle ne vaut guère moins, je pense, que celle des siècles passés et même, d'après quelques-uns, vaudrait beaucoup mieux. »

— L. D.

DE L'ÉDUCATION DES ENFANTS.

(Suite)

Le repos, pendant cette période, est un devoir d'humanité; la femme qui s'éloigne de son nourrisson avant les deux premiers mois

et se remet prématurément à des travaux pénibles, non seulement compromet la vie de son enfant, mais s'expose elle même à une vie lamentable, semée d'accidents prolongés jusqu'à l'âge de retour.

C'est par cette considération qu'un célèbre industriel français, M. Jean Dolfus, décida de tenir éloignées de ses fabriques, deux mois au moins, les nouvelles accouchées.

Il organisa une caisse destinée à les indemniser de ce chômage obligatoire; la mortalité des enfants diminua de plus d'un tiers.

Ce résultat, bien digne de provoquer l'imitation, a donné naissance à l'association des femmes en couches de Mulhouse, qui au moyen d'un prélèvement de 15 centimes par semaine sur leur salaire, depuis 18 jusqu'à 45 ans, parviennent à accorder un subside de 18 francs par quinzaine à chaque accouchée, ou à l'enfant en cas de décès de la mère. L'expérience a montré qu'il est facile de s'opposer aux abus (1).

Cette même considération d'humanité nous commande de n'engager comme nourrices mercenaires que des femmes accoucheés depuis deux mois; car, en les admettant dès leurs relevailles, on condamne inévitablement leurs enfants.

Parlerons-nous de l'allaitement artificiel? Si ce système écarte les désagréments assez nombreux de l'emploi des nourrices étrangères, il n'est pas non plus exempt de difficultés et de dangers.

Il vaut mieux cependant y recourir d'emblée pour un nouveau-né bien portant, qui vient à être privé du lait maternel pour une cause quelconque, que de perdre du temps en vaines tentatives d'allaitement naturel et de compromettre ainsi la régulière et saine formation de l'organisme.

Le contrôle de la nourriture artificielle est-il plus difficile que celui de la nourriture naturelle? Pour les pauvres, habitant les villes, cela n'est pas douteux. Et, si j'ai cru devoir toucher en passant à ce détail, Messieurs, c'est pour avoir l'occasion d'exprimer le souhait que nos administrations hospitalières organisent de bonnes laiteries, afin de procurer aux petits enfants des familles indigentes secourues par l'assistance publique, une subsistance quotidienne à l'abri de tout danger. Combien d'existences ne sauverait-on pas par une pareille œuvre?

Le succès de l'éducation de la première enfance dépend beaucoup, sans contredit, de l'esprit d'abnégation et de l'intelligence de la mère. Mais l'amour le plus immense n'exempte pas des préjugés; l'ignorance est prodigue de conseils. Une instruction professionnelle, basée sur la saine expérience au point de vue de la maternité, seule capable de combattre ou de prévenir les erreurs, ne serait pas difficile à instituer

(1) Leçons d'hygiène infantile par Fonssagrives, Paris, Delahaye, 1882.

de manière à en faire profiter toute jeune femme dès son entrée en ménage. N'est-ce pas un noble but à offrir à l'esprit d'association?

Combien de jeunes mères, tout naturellement portées au sacrifice de leurs goûts, de leurs plaisirs, et même à l'abus de leurs forces, auraient besoin d'être instruites dans l'art d'économiser ces dernières au profit du petit être!

Éclairée par cet enseignement pratique, la femme serait la parfaite éducatrice de l'enfance; constamment en observation, elle saurait voir et entendre ce qu'aucune autre personne ne saurait ni voir ni entendre, et pénétrer, au moment physiologique, quelques mystères utiles, inaperçus des médecins et du père lui-même.

Bientôt les fonctions s'activent et entrent dans leur période de jeu normal; le procédé d'alimentation se modifie de semaine en semaine, non sans tenir compte de nombreux contingents, tels que la saison, le climat, l'état général de la santé publique, en ménageant les transitions. en évitant les impressions brusques et faisant même au besoin quelques pas en arrière. Les os prennent de la consistance; le désir de locomotion apparaît; l'intelligence commence à luire au fond de la nuit qui la voilait; les lèvres s'agitent, le regard s'anime, tous les membres gesticulent, la voix devient expressive; la mère seule comprend tous ces signes encore indécis de la volonté et de la pensée; elle y trouve un inexprimable charme, et les deux plus doux moments de sa vie sont celui où elle guide le premier pas de Bébé, et celui où Bébé lui chante pour la première fois ce ravissant poème contenu dans une syllabe redoublée.

Que de phases critiques traversées! que d'autres à franchir encore! A aucune époque de la vie les maladies ne sont ni plus fréquentes, ni plus soudaines; c'est, on l'a bien dit, le temps des épreuves et des crises. Le séjour des villes est à redouter; l'éloignement des villes et des secours médicaux a aussi ses dangers.

Pourquoi l'âge le plus heureux de notre vie est-il aussi celui où nous sommes le plus exposés à briser tout à coup les joies les plus grandes par la plus vive et la plus profonde douleur?

Il importe de commencer à nous aguerrir, à braver peu à peu les caprices de l'air, à multiplier nos forces en les employant progressivement.

Notre cerveau continue à se développer dans une énorme proportion, et absorbe alors une grande partie de l'énergie vitale. La mère éloigne avec un soin jaloux toute pensée sérieuse, tout chagrin, toute inquiétude, toute connaissance des réalités et des nécessités de la vie humaine; elle protège à tout prix notre liberté nécessaire à l'épanouissement complet de nos facultés; elle devine nos besoins et les

prévient, tandis que nous ne devinons rien des préoccupations que suscite déjà en elle notre avenir, pas plus que nous n'apercevons, habilement mêlé à son infinie tendresse, l'ascendant salutaire pris dès le début sans secousses, sans fâcheries, sans pleurs, et surtout sans explications aussi peu intelligentes qu'intelligibles, auxiliaire précieux du médecin, et merveilleux préservatif de bien des malheurs et de bien des chagrins! Elle voit poindre nos qualités et nos défauts; discrètement, elle s'efforce à choisir les milieux les plus propres à fortifier les premières et à éteindre les seconds; il est temps de combiner l'hygiène morale avec l'hygiène physique; c'est toujours elle qui s'en charge, payant de sa personne et de son exemple aussi bien que de son autorité, résumée dans cette formule laconique : « Il le faut, cela ne se peut », prélude à la notion du possible et de l'impossible, comme dit Rousseau.

L'unité de temps grandit : c'est d'abord le jour, puis la semaine, et, après le mois, voici l'année. De quatre à sept ans, le progrès du cerveau se ralentit un peu; celui des autres organes continue avec énergie. Epoque bien délicate encore : c'est maintenant que surviennent des curiosités que la mère doit comprendre, satisfaire et surtout diriger, car ce travail intellectuel qui commence annonce de nouveaux périls.

C'est le moment pour elle de se garder elle-même contre la séduction des procédés de culture intensive ou de perfectionnement artificiel de l'intelligence; de laisser à la nature la plus large influence; de faire en un mot, à l'exemple de Jean-Jacques, qui a encore raison cette fois, et de Kant, de *l'éducation négative*.

Paraître enfant avec l'enfant, s'amuser sous ses yeux comme il faut qu'il s'amuse, éviter le ton pédagogique, et laisser agir les choses qui se présentent, aider lentement à la perception des ressemblances et des différences, aux comparaisons; laisser le jugement se reposer sur les faits, et ne pas forcer les conclusions.

L'initiative poussera, semée par la liberté, au milieu des jeux mêmes, comme la graine semée par le vent dans les sols vierges.

L'instruction prématurée est l'ennemie de l'enfance moderne : l'hygiène intellectuelle est encore à constituer; on ne peut douter qu'elle ne proscrive sévèrement l'application assidue avant que le cerveau ait acquis sa forme et son volume définitifs, et que le désir de savoir se soit manifesté.

Elle indiquera certainement l'emploi des méthodes d'instruction perfectionnées, mais jamais pour devancer le travail de la nature, toujours, au contraire, pour lui laisser tout le temps nécessaire à l'achèvement de ses œuvres fondamentales.

Elle ne provoquera point l'éclosion des petits malheureux appelés Enfants prodiges.

Les devoirs que nous imposent nos enfants sont loin d'être simples : ils sont mêlés de joies et d'alarmes. Dans le partage de ces devoirs, de ces joies, de ces alarmes, la plus grande part échoit à la femme. La femme est réellement supérieure à l'homme, quand, simplement d'accord avec les conditions de notre existence, elle réserve et applique tous ses moyens à la difficile et sublime mission de bien élever ses petits enfants.

Voilà l'idéal, et nous en sommes loin ! Il est vrai : parmi nos progrès, nous n'avons guère le droit d'exalter celui de l'éducation et de l'instruction de la femme au point de vue de la famille. Je l'ai avoué : dans tous les groupes sociaux, les femmes en état de remplir ce rôle sont en nombre infiniment petit. Je n'accuserai pas la responsabilité des indigents : la mère pauvre, hélas ! n'est pas affranchie de la nécessité d'interrompre les durs labeurs pour les doux soins de la maternité; mais comment disculper ceux que la fortune a libérés des soucis de l'existence matérielle ?

Voilà, me paraît-il, l'émancipation la plus urgente !

En attendant l'avènement de cet idéal, encore bien éloigné, sans nul doute, malgré la rapidité de nos progrès, applaudissons nous d'y avoir suppléé en partie, au moyen des crèches et au moyen d'institutions diverses, telles que les salles d'asile, les écoles gardiennes, les jardins et les écoles Frœbel, où l'enfant, accueilli chaque matin par de jeunes mères adoptives, trouve, sous les yeux vigilants et affectueux de celles-ci, bien des éléments salutaires dont il serait privé sous le toit de la famille : l'air, la température, la liberté de mouvement, les amusements propices au perfectionnement des sens, du langage et du sentiment.

Dans ces réunions, qu'il faudrait éviter de rendre trop nombreuses, l'enfant peut déjà, sans y prendre garde, sans rien approfondir, sans se heurter jamais à des chagrins sérieux, s'accoutumer au contact de ses semblables, et à un certain degré de vie sociale proportionné à ses forces.

Tels qu'ils sont, ces établissements, même les moins bons, offrent à bien des familles une amélioration considérable, si l'on considère les éléments dont elles disposent.

Tous les perfectionnements qu'on y apporte doivent tendre au but élevé pour lequel ils sont créés ; ils réclament tout le luxe imaginable de salubrité sous tous les aspects : vastes espaces, sites riants, lumière et gaîté, un outillage de jeux aussi varié que possible, mais répondant par chaque détail à quelque indication recueillie par la sagacité attentive et intelligente de celles qui suppléent ici les mères absentes.

Quant aux personnes qui, dans ces institutions si modestement

nommées, doivent composer rien moins qu'une société maternelle, ah ! soyons exigeants envers elles ! Chargées, par substitution, de l'œuvre dont j'ai essayé plus haut d'esquisser le caractère, et qui ne souffre ni la vulgarité de l'esprit ni l'étroitesse du cœur, qu'elles ne cessent d'élever leur caractère et leur intelligence, afin d'atteindre aux rares qualités qui en feraient, le cas échéant, des mères effectives. Qu'elles soient aptes à étudier et à comprendre l'enfance, à incliner leur esprit vers les esprits en herbe, à se rendre compte de la grandeur de leurs fonctions.

Mais, de notre côté, Messieurs, en témoignage du grave intérêt social attaché à leurs nobles travaux, sachons les mettre dans le monde au rang que réclame à bon droit leur mérite, et leur rendre en bien-être et en considération le prix de leurs bienfaits.

Vers l'âge de sept ans, il faut bien songer à préparer l'avenir. Et pourtant, que de faiblesse encore à ménager chez l'enfant ! La période de 7 à 12 ou 13 ans n'est pas moins difficile à gouverner que les précédentes : les soins moraux croissent en importance ; mois les soins matériels et hygiéniques n'ont pas perdu de la leur.

La puissance des choses et des faits a déjà pu acquérir une telle clarté que l'autorité s'est expliquée d'elle-même, sans préjudice pour toutes les libertés utiles ; et si l'habitude de la docilité envers les parents, contractée au sein même de ces libertés, a pu devenir ce qui s'appelle la confiance, c'est là certes un progrès dont on ne peut trop s'applaudir.

La lecture et l'écriture s'apprennent très-vite. Mais la lecture et l'écriture sont-elles autre chose que de bons conducteurs de la pensée ? d'excellents suppléments de la parole et de l'audition ? Elles n'exemptent pas, on ne le sait que trop, de la nullité d'intelligence et de jugement.

Elles ne créent pas les penseurs, et, à la veille de devenir homme, c'est à l'usage de la pensée sur ses propres actes et sur les choses qui l'entourent, qu'il faut exercer l'enfant.

Pantagruel n'accepte la parole du maître qu'après l'avoir vérifiée lui-même. Il pense avec raison que l'on se trompe davantage par ce que l'on croit savoir, que par ce que l'on ignore tout à fait.

Le grand but de l'enseignement, c'est d'émanciper l'esprit de l'élève et de rendre le maître inutile ; ce but exige des maîtres d'une intelligence supérieure et d'un grand savoir ; il exige aussi beaucoup de temps.

Beaucoup de temps ! Un homme est si long à faire, que l'on s'évertue de cent manières *à gagner du temps !*

Nous savons bien en quelles déceptions se résolvent ces sortes

d'économies, obtenues à grands renforts de tortures et de luttes contre les exigences de l'organisme : terreur des punitions ! appât des récompenses ! immobilité appelée sagesse, mais meurtrière des membres et des nerfs ! et ce clinquant des rivalités ! inventions pédagogiques destinées à exciter les enfants à des efforts excessifs aux dépens de leur développement normal.

Que n'ai-je le loisir, Messieurs, de m'étendre sur ce sujet..., mais ne sommes-nous pas tous les esclaves du temps ?

Ah ! si l'on savait, — mais, pour le savoir, il faudrait l'avoir vu, — tout ce qu'un enfant de 7 à 12 ans peut apprendre sans être contraint à l'immobilité, sans être exposé à se fatiguer ni la vue ni les autres organes, mais au contraire en prenant plaisir à s'instruire, comme on s'empresserait de réduire les heures sédentaires à la mesure indispensable et raisonnable, comme on renoncerait vite à cette coutume, aussi étrange que stérile, de lui faire réciter par cœur un nombre extraordinaire de mots désignant des choses qu'il n'a point vues, et de lois abstraites qui l'assomment et le découragent; mais, pour instruire l'enfant par la leçon des choses et pour lui inspirer le goût de savoir, il faut soi-même avoir vu, palpé, retourné, manipulé; il faut soi-même avoir, comme Pantagruel, contrôlé par l'expérience et l'observation personnelle les récits et les opinions des manuels.

Après une longue journée de pareille école, le petit garçon ou la petite fille pourrait rentrer avec toute sa gaîté auprès de ses parents, et, de sa mémoire fraîche et non surmenée, faire jaillir, dans la langue de son âge, et non en termes solennels et prétentieux, le récit de ce qu'il a vu et appris depuis le matin.

Puissent alors le père et la mère accueillir avec plaisir ces épanchements si naturels par lesquels l'enfant sollicite la petite place qu'il doit prendre au foyer de la famille; que, loin de les amortir, ils les animent par leurs questions et leurs remarques; ils y trouveront bien certainement la réparation et la renaissance des forces dépensées dans les labeurs et les peines de la vie. Les élans de confiance deviennent infailliblement l'amour filial, c'est à dire le respect sous sa forme à la fois la plus solide et la plus gracieuse, le seul ciment de la famille.

Fortifier la famille, n'est-ce pas fortifier la patrie ?

AD. WASSEIGE.

—

ERRATUM.

A la page 354, au lieu de : *Arséniate de soude*, 20 *grammes*, lire : *Arséniate de soude*, 20 *centigrammes*.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès froids et iodoforme. 103
— du sein 468
Accouchement et hypnotisme 122
Acétanilide (voir aussi Antifébrine) 248
Acide phénique et vomissements 90
— osmique et sciatique. 406
— salicylique, thymol. 461
Acné, traitement 34
Air expiré, sans microbes 555
Alcoolisme et strychnine 207
Alimentation du nouveau-né par le nez 559
Aliments — digestibilité 355
Amputation utéro-ovarique et septicémie 72
Anémie aigue et injections salées 140
Anesthésie locale 36
— des dents 39
— chirurgicale par la cocaïne 171
Antifébrine et antipyrine, comme nervins 303
Antifébrine et antipyrine 21
Antipyrine contre la douleur 201, 511
— et coqueluche 252
— en obstétrique 327
— dans les céphalalgies 351
— dans les maladies nerveuses 403
Antisepsie dans les pansements. 201
— dans les fractures du crâne 324
— des bâtonnets de laminaria 282
— des éponges 325
— dans la tuberculose 252
— pulmonaire, nouvelles méthodes . . . 532
Antiseptiques et désinfectants 185
— acide salicylique, thymol 461
— solutions au sublimé 541
Appareil élytro-ptérygoïde. . 97, 145, 182, 296, 370, 433, 529

Arsenic et lithine dans le diabète 383
Asphyxie du nouveau-né 262
Asthme 85, 405
Athéromes 282
Atropine et hémorrhagies pulmonaires 31

B

Beri-beri. 332, 471
Blennorrhagie de la femme 36
— dangers des injections. 83
— nouvelles médications. 266
Borax et acide borique 284, 460
Brûlures — traitement 115

C

Caféine 307
Calomel dans la syphilis 80, 547
— comme diurétique 249
Cancer du col utérin 241
— son microbe. 516
Cantharides contre la rage 70, 92
Céphalées et antipyrine 351
Cerveau des hystériques 92
Chirurgie abdominale, progrès. 546
Chloroforme dans la trachéotomie 218
Chlorose et soufre 205
— et fer. 449
Chlorure de méthyle antinévralgique 352
Chorée pendant la grossesse 224
Chorée et fève de Calabar 300
Cicatrices de variole. 37
Cocaïne 91, 422
— anesthésie chirurgicale 171
— dans les maladies du nez, etc. 275
— de la peau 277
— intoxication 278
Cœur (maladies) et ergot de seigle 450
— et compensation 193
Commotion traumatique 175
Concours international de 1888 42

Conjonctivite des nouveau-nés. 118, 120
Condurango dans les maladies de l'estomac . . . 251
Constipation par abus des purges 177
Convulsions des enfants 408
Coqueluche et antipyrine. 252
Cordon ombilical, rupture 328
Coryza aigu 469
Couveuses et gavage. 557
Craniotomie en Angleterre 261
Cuivre — absorption 372
Cystite — traitement. 71
Cystite douloureuse. 310

D

Déchirures du vagin et périnée 205
Dents, conservation 219
Dermatoses, traitement parasitaire 134
Désinfection des mains 89
Diabète, opium et belladone 135
— lithine et arsenic. 353
Diarrhée verte infantile 259
Digestibilité des aliments. 355
Dilatation de l'utérus, procédé Vuillet 207
— — — de Landau et Fraipont . . 549, 552
— de l'estomac, diagnostic 301
Diphthérie, moyen prophylactique 86
— et essence de térébenthine 447
Dosimétrie (lettre sur la) 287
Drain aspirateur 26

E

Eau potable et épidémies 110
Eau chaude en gynécologie 260
Éducation des enfants 476, 573
Élimination des virus 78
Empyème — observation 341
— thoracenthèse 373
Épidémies — et loi suisse. 95
Épilation par électrolyse 365
Épileptiques — hospitalisation 330, 377
Éponges, antisepsie. 325

Érysipèle, traitement 535
Essence de térébenthine et diphthérie 447
Estomac, ses mouvements 87
Étranglement intestinal 273
Exploration du segment inférieur de l'utérus . . . 297

F

Fer et chlorose. 449
Fibromes utérins, statistique 328
Fièvre typhoïde, son microbe 387
Fongosités tuberculeuses et phosphate de chaux . . 413
Fractures et massage. 28
— en retard de consolidation. 281
Furoncles, traitement 133

G

Ganglions intervertébraux 425
Gauchers et droitiers 562
Gavage et couveuses. 557
Glaces, application sur le ventre 558
Glycérine en lavements 469
Glycosurie et salicylate de soude 87
Goître, traitement 24
Grossesse tubaire 289
— gemellaire, diagnostic 327
— extra-utérine, traitement 368
Gruau d'avoine 92

H

Hairion — nécrologie, publications 337, 481
Hémorrhagies pulmonaires et atropine 31
Huile de ricin 90
Hydrate d'amylène 396
Hypnotisme dans l'accouchement 122
Hysocine. 401

I K L

Ichthyol 32
Incontinence d'urine, traitement 217, 407

Infection par contact et par l'air 463
Injections, dangers dans la blennorrhagie 83
— gazeuses dans la phthisie 402
— endermiques et vaseline . , ... 135
— salées dans l'anémie 140
Inoculations antirabiques 59
Intestins, étranglement 273
— occlusion, traitement 409
Iodure de potassium et mercure 90
Iodoforme dans l'abcès froid 102
— pansement des plaies 160
— son action antituberculeuse 263
Iodure de K et proriasis 521
Kystes hydatiques de l'utérus 554
Lanoline 417
Larynx cancéreux, extirpation 559, 543
Lèpre, nature 558

M N O P Q

Maladie du prince impérial de l'Allemagne 559
Maladies vénériennes dans l'armée 141
Mains, désinfection 89
Manuel des opérations chimiques de M. Dewalque . . 41
Massage dans les fractures 28
Menthol 209
Métrite, pathogénie et traitement 319
Médicaments et mouvements de l'estomac 87
Mercure et iodure de potassium 90
Microbe du cancer 521
Microbes rares du pus 49
— absence dans l'air expiré 555
— de la fièvre typhoïde 385
Migraine 203, 461
— ophthalmique 355, 451
Mortalité des médecins 239
Mouches et tuberculose , ... 556
Névralgies et cautérisation de l'hélix 451
Névroses d'origine nasale 361
Nitroglycérine 204
Nouveau-né, alimentation 000

Occlusion intestinale 272, 409
Odorat des femmes 240
Ongle incarné, nouveau procédé 135
Opération césarienne, cas curieux 384
— — indications 553
Opium et belladone dans le diabète 135
Organisation sanitaire en Italie. 103
Orchite blennorrhagique 282
Ostéotomie et cal vicieux 182
Panama et polygala. 521
Pansement des plaies : sublimé, iodoforme 160
Pelade 280
Pepsine, préparation 43
Peptones en lavements 199
Péritoine, lavage 526
Phagocytose 356
Phosphate de chaux et fongosités 413
Phosphore dans le rhumatisme 179
Phthisie pulmonaire 228
— et injections gazeuses 442
Pieraerts (Mgr) 5
Placentas multiples 125
Polypnée du chien 562
Poils, destruction par électrolyse 565
Pouls, ralentissement permanent 41
Prix quinquennal 186
Prostitution, discussion 43, 142, 186, 251, 379, 472
Psoriasis 521
Purgatifs et constipation 177

R S T

Rachitisme, traitement par le phosphore 179
Rage, recherches de Frisch 29
— et cantharides 70, 92
Ralentissement permanent du pouls. 42
Rhumatisme articulaire chronique 445
Rhus aromaticus 407
Rupture du cordon ombilical 328
Saccharine 41
Salicylage des aliments 126
Salicylate de soude et glycosurie 87
Salol 119

Salpingites 427
Scarlatine in utéro 327
Sciatique et acide osmique. 402
Segment inférieur de l'utérus, exploration. 297
Septicémie et amputation utéro-ovarique 72
Soufre dans la chlorose 205
Spartéine, étude physiologique. 184
Staphylococcus pyogènes. 11
Streptococcus éresypélatos. 44, 220
Strophantus 345
Suture secondaire 452
Strychnine et alcoolisme 307
Sublimé corrosif en obstétrique 38
— solutions antiseptiques 88, 137
— pansement des plaies 160
Syphilis — principe du traitement 131
— et calomel 80
— prophylaxie 379
— chez la femme. 562
Tabac, empoisonnement 219
Terpine et terpinol 349
Thoracenthèse, empyème, etc 373
Transfusion, infusion et auto-transfusion. 452
Trichinose à Bruxelles 309
Tuberculose disséminée par les mouches 356
Tumeurs blanches 413
— fibreuses utérines 328
Tumeur de l'orbite, exophthalmie 6
— des côtes, résection 285

U V

Ulcérations imaginaires de la langue. 427
Ulcère rond de l'estomac 258
Utérus, dilatation 207, 549, 552
— kystes hydatiques 554
Variole, cicatrices 37
Vaseline en injections 135, 221
Vésicatoires, dangers chez les enfants. 354
— et saignée 426, 474
Virus, leur élimination 78
Voix eunuchoïde 335
Vomissements et acide phénique. 91

1 GAL 25-0

3 2044 103 013

013 900